
Кулганов В. А., Белов В. Г.,
Парфёнов Ю. А.
ПРИКЛАДНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.97+616.89
ББК 88.48
К90

Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфёнов Ю. А.

ПРИКЛАДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Самостоятельное учебное
непериодическое однотомное электронное издание.

Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфёнов Ю. А.

К90 Прикладная клиническая психология: учебное пособие / В. А. Кулганов, В. Г. Белов, Ю. А. Парфёнов. — СПб.: СПбГИПСР, 2012. — 444 с.

ISBN 978-5-98238-038-8

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению 030300 — «Психология».

В учебном пособии представлен краткий исторический экскурс по клинической психологии, ее предмет, цели, задачи и основные методологические проблемы. Значительное внимание уделяется изложению материалов по медицинской деонтологии, детально описаны реакции личности на болезнь, охарактеризованы проявления нарушенных психических процессов, свойств и состояний человека, а также особенности психологии больного с пограничными формами психических расстройств. Приводится материал о проблематике аномального онтогенеза и нарушениях высших психических функций при очаговых поражениях головного мозга. Достаточно широко также освещены клинико-психологические аспекты зависимого поведения, психосоматики и основные направления психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

Представленная структура учебного пособия позволит выстроить систему теоретических знаний и изучить основные разделы клинической психологии для использования этих знаний в общепрофессиональных и специальных дисциплинах и будущей профессиональной деятельности.

Пособие предназначено для студентов всех форм обучения.

УДК 159.97+616.89
ББК 88.48

ISBN 978-5-98238-038-8

© Кулганов В. А., Белов В. Г.,
Парфёнов Ю. А., 2012
© СПбГИПСР, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1. Введение в клиническую психологию

1.1. История возникновения клинической психологии 6

1.2. Предмет, цели и структура клинической психологии 14

1.3. Этические модели в медицине и клинической психологии 16

1.4. Учение о боли 20

ГЛАВА 2. Патопсихология и ее проблемы

2.1. Предмет и задачи патопсихологии 23

2.2. Соотношение патопсихологии и психопатологии. Предмет патопсихологии 31

2.3. Теоретические основы патопсихологии 34

2.4. Значение патопсихологии для общепсихологической теории 38

2.5. Задачи патопсихологии в клинике 43

ГЛАВА 3. Нарушения психических процессов у больных

3.1. Нарушения ощущений и восприятия 50

3.2. Нарушения произвольных движений и действий 64

3.3. Расстройства речи, коммуникативных и учебных навыков 72

3.4. Нарушения памяти 80

3.5. Нарушения мышления 87

3.6. Нарушения эмоциональной сферы 96

3.7. Тревожные расстройства 103

3.8. Расстройства настроения 111

3.9. Нарушения сознания 115

ГЛАВА 4. Психосоматические и психогенные расстройства

4.1. Психосоматические расстройства и болезни 122

4.2. Психосоматические аспекты различных заболеваний человека . 125

4.3. Психогенные расстройства (неврозы) 172

4.4. Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия 187

ГЛАВА 5. Личность и болезнь
5.1. Понятие личности в клинической психологии 216
5.2. Внутренняя картина болезни 222

ГЛАВА 6. Болезни зависимого поведения 227
6.1. Зависимое поведение у человека 227
6.2. Алкоголизм как клинико-психологическая проблема 238
6.3. Алкоголизм как болезнь 257
6.4. Созависимые отношения 271

ГЛАВА 7. Кризисные состояния физиологического, психофизиологического и психологических уровней
7.1. Стресс как разновидность функционального состояния. 281
7.2. Психическая травма 297
7.3. Конфликт и фрустрация 303
7.4. Кризис 318

ГЛАВА 8. Клинико-психологическая характеристика суицидального поведения
8.1. Личностные проблемы и суицидальное поведение 330
8.2. Суицид как деструктивный способ выхода из внутриличностного конфликта 332
8.3. Профилактика суицидов 334

ГЛАВА 9. Основные стратегии и техники поведения человека в кризисном состоянии
9.1. Психологические защиты 336
9.2. Совладание 347
9.3. Переживание 351
9.4. Техники поведения в трудных жизненных ситуациях 353

ГЛАВА 10. Психолого-социальное сопровождение личности в кризисном состоянии
10.1. Психологическое сопровождение как модель психологической помощи в кризисном состоянии 364
10.2. Диагностическая стадия психологического сопровождения . . . 375
10.3. Реабилитационная стадия психологического сопровождения. . 388

10.4. Заключительная стадия психологического сопровождения 399
10.5. Социальная поддержка как фактор смягчения кризисного состояния 401

ГЛАВА 11. Норма и болезнь при развитии человека

11.1. Проблемы аномального онтогенеза. 410
11.2. Дети и болезнь. 413

ГЛАВА 12. Нейропсихология и ее проблемы

12.1. Предмет и задачи нейропсихологии 418
12.2. Проблема мозговой локализации психических функций 419
12.3. Нарушения высших психических функций при очаговых поражениях мозга 422

ГЛОССАРИЙ 435

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 442

ГЛАВА 1.
ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1.1. История возникновения клинической психологии

Взаимопроникновение медицины и психологии основывается на соотношении в жизни человека биологических и социальных факторов, на связи телесных функций с психическими. Уже у Гиппократа (460–377 гг. до н. э.) мы можем встретить указание на роль адаптационных возможностей организма и на важность межличностных отношений, складывающихся между врачом и больным. Именно этому врачу-философу античности принадлежит известное высказывание о том, что медику гораздо важнее знать, какой человек страдает болезнью, чем знать, какая болезнь имеется у человека. Но от понимания необходимости глубокого изучения психологических аспектов клинических феноменов до возникновения особой отрасли науки — клинической психологии — прошло немало времени.

Сам термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (Ligthner Witmer), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Примечательно то, что термин «клиническая» по отношению к деятельности своего психолого-педагогического центра был использован Л. Уитмером в узком смысле: он подразумевал под ним особый метод индивидуальной работы с проблемными детьми, в котором главенствующую роль играла диагностика их интеллектуальных способностей посредством специальных тестов. Уникальной особенностью клинико-психологического метода Л. Уитмер считал возможность его применения по отношению к любым людям — взрослым или детям, — которые отклоняются в какую-либо сторону от средних показателей психического развития, т. е. не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

Таким образом, клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении. В этом виде она и начала интенсивно развиваться в США, постепенно распространяясь из сферы школьного образования в область правосудия (психологические клиники стали появляться при судах, рассматривавших дела с участием несовершеннолетних) и здравоохранения (работа с умственно отсталыми детьми). С точки зрения Л. Уитмера, коррекция нарушений в поведении детей, имеющих отклонения от среднестатистических показателей психического развития, должна была заключаться в создании для них адекватной социальной среды обитания в школе и дома.

Клиническая психология, созданная Л. Уитмером, по сути стала обширной прикладной отраслью психологии, основной задачей которой было тестирование различных групп населения для решения каких-нибудь частных задач: педагогических, медицинских, военных, производственных и т. д. После второй мировой войны (1939–1945) это направление стало называться «консультативной (прикладной) психологией», а клиническими психологами в США стали считать только тех, кто работал в области охраны психического здоровья. При этом новые клинические психологи сразу были поставлены перед требованием четкого разделения своих функций с психиатрами, поскольку теперь их сферы научных и прикладных интересов стали совпадать. Клинические психологи США, в отличие от врачей-психиатров, решили определить себя в качестве ученых-практиков, выполняющих на материале клинических случаев свои научные общепсихологические работы.

На европейском континенте, в том числе — в России, термин «Клиническая психология» не имел хождения вплоть до середины XX века. Впервые это словосочетание появилось в Европе в 1946 г. в названии книги немецкого психолога В. Гельпаха (W. Hellpach), в которой он рассматривал изменения психики и поведения у больных соматическими заболеваниями. Соответственно, под клинической психологией В. Гельпах понимал только психологию соматических больных. Этот термин логично дополнял уже существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология», поскольку каждое из них отражало психологические аспекты того или иного вида клинической практики.

Так, под психопатологией понималась вспомогательная психиатрическая дисциплина, задачей которой было экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных.

Под влиянием работ немецкого психиатра-теоретика К. Ясперса в начале XX в. психопатология развилась в самостоятельную научную дисциплину, изучающую сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных, которые этот ученый рассматривал в качестве «внутренней причины» психических болезней. Эта внутренняя причина, вступая во взаимодействие с «истинной внешней причинностью» (биологическими факторами), определяла, с точки зрения К. Ясперса, уникальность картины психического расстройства у конкретного душевнобольного, изучение которой позволяло психиатру поставить точный диагноз и назначить адекватное лечение.

Наряду с психопатологией в рамках общей психологии в начале XX в. возникает специфическая прикладная область знания — патологическая психология. В ее задачу входило изучение «ненормальных» проявлений психической сферы с целью лучшего познания психологии «нормальных» людей. Расстройства психики, наблюдаемые у душевнобольных пациентов, рассматривались в патопсихологии как природный эксперимент, позволяющий более ясно понять значение и место соответствующих феноменов психической жизни вообще, увидеть новые проблемные области психологического знания и проверить истинность тех или иных психологических теорий.

Применение врачами психологических концепций для решения разных лечебных и исследовательских задач, возникающих в клинике, нашло отражение в понятии «медицинская психология». В одноименных работах европейских психиатров Э. Кречмера и П. Жане термин «медицинская» по отношению к психологии использовался в основном значении латинского прилагательного medicalis — исцеляющая, приносящая здоровье, имеющая целительную силу. В этом смысле под медицинской психологией понималась или психотерапевтическая практика, или биологическая интерпретация психологических концепций личности, целью которой была адаптация психологических теорий к органической парадигме, в которой работали врачи-психиатры, что, по мнению Э. Кречмера, должно было расширить кругозор врача и повысить эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Из всех имевшихся в начале XX в. понятий «медицинская психология» было самым широким по смыслу и значению, способным охватить разнообразные сферы медицинской деятельности с точки зрения использования психологии в лечебных целях. В целом медицинская психология понималась как «психология для медиков». Она была призвана «дополнить» два других базовых предмета в процессе подготовки врача: патологическую анатомию и патологическую физиологию, чтобы «уравновесить» преимущественно биологическую ориентацию

медицинского образования своеобразным «психологическим ликбезом» и учетом психологических факторов болезней.

Разнообразие терминов указывает на то, что фактически клиническая психология не была самостоятельной научной дисциплиной и зачастую даже не рассматривалась как одна из прикладных отраслей психологии: приставка «медицинская» прежде всего ориентировала на восприятие ее как разновидности медицинского, а не собственно психологического знания. И для такого понимания клинической психологии имелись веские исторические аргументы. Первые клинико-психологические исследования возникли именно в медицине — в рамках психиатрии и невропатологии. Интерес и использование психологических знаний всегда характеризовали выдающихся представителей медицинской науки, многие из которых, как, например, З. Фрейд, К. Ясперс, В. Н. Бехтерев, В. Н. Мясищев, даже стали основателями отдельных направлений в психологической мысли и больше известны как психологи, а не как врачи.

Только в 70-е годы XX в. клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера, понимаемой шире, чем просто психология в клинике или психология для медиков. Ее возникновение в этом качестве стало результатом противоречивого развития двух параллельных течений в медицине и психологии, истоки которых уходят в XIX в.

До конца XIX в. медицина и психология находились в тесном взаимодействии, поскольку их объединял не только один объект изучения и практического приложения добываемых знаний — человек, но и общая теоретическая база: спекулятивно-философские представления о человеке и причинах нарушений в функционировании его духа и тела.

Однако в конце XIX в. связь медицины и психологии была сильно подорвана развитием биологии и смещением акцентов на материальные — анатомические, микробиологические и биохимические — основы возникновения и развития болезней. В это время в медицинской науке возникает так называемая «органическая парадигма», основанная на идеях Луи Пастера об инфекционной природе болезней и впоследствии дополненная теорией клеточной патологии Вирхова. Органическая парадигма характеризуется абсолютизацией идеи строгой закономерности течения болезни под влиянием объективных, материально обусловленных механизмов (возбудитель или нарушение клеточных функций) и трактовкой любой болезни независимо от личностных и средовых влияний. В этой парадигме психология могла быть полезной только при рассмотрении нарушений психической

деятельности в качестве некоторого подручного, несамостоятельного инструмента клинико-диагностической деятельности врача. В таком виде — как частная сфера психиатрической практики — клиническая психология и зародилась в конце XIX в.

Пионерами привлечения психологии к решению клинических вопросов и превращению ее из философской в естественнонаучную сферу знания стали французские психиатры и невропатологи: Т. Рибо, И. Тэн, Ж.-М. Шарко и его ученики А. Бине, П. Жане и др. Клиническая психология (ее называли тогда «опытной психологией») рассматривалась ими как особое направление эмпирических исследований врача-психиатра или невропатолога, направленное на анализ вызванных болезнью, гипнозом или наркотиками изменений в психической деятельности. Необходимость этих эмпирических исследований диктовалась органической парадигмой, в которой важную роль играло умение врача распознавать симптомы заболевания. В результате проведения психологических исследований врачи получали сведения о разнообразных проявлениях психической деятельности в условиях психиатрической клиники, которые можно было систематизировать и затем использовать в диагностических целях.

«Опытная психология» в клинике начала развиваться еще до открытия В. Вундтом в 1875 г. экспериментально-психологической лаборатории. Под опытом в клинике понимались естественные (психическая болезнь или паранормальные психические феномены — телепатия, ясновидение и пр.) или искусственные (гипноз или прием наркотиков) изменения нормального психического состояния. Болезнь считалась самым надежным методом исследования психики, недостаток которого — медленная скорость протекания — можно было компенсировать применением гипноза или психоактивных веществ. Еще одним методом «опытной психологии» стало исследование «исключительных случаев». Наиболее часто в этом качестве оказывались исключительные интеллектуальные способности людей-вундеркиндов.

Таким образом, изначально клиническая («опытная») психология развивалась как составная часть психиатрии и неврологии, необходимая для исследовательско-диагностической деятельности врача. В отличие от общей психологии, которая в то время была частью философии, клиническая психология развивалась исходя из потребностей психиатрической клиники, как эмпирическое знание, основанное на опытных, а затем и экспериментальных данных, а не на теоретических рассуждениях.

Долгое время клиническая (как возникшая в клинике) и общая (как часть философии) психологии представляли собой конкурирующие

дисциплины. Клиническая психология ориентировалась на объективные данные, получаемые в ходе применения сначала опытов, а затем формализованных экспериментальных техник — тестов. Философски же ориентированная общая психология скептически относилась к возможности исследования психики естественнонаучными способами, считая, что душу невозможно адекватно познать без изучения субъективных переживаний и самоотчетов. К слову сказать, основатель экспериментальной общей психологии В. Вундт считал естественный эксперимент не основным, а вспомогательным психологическим методом, способным раскрыть только простейшие психические процессы, но далеко не все феномены человеческой души. Главной экспериментальной методикой изучения психики у В. Вундта была интроспекция — самонаблюдение и последующая интерпретация устных самоотчетов испытуемого экспериментатором, а не формализованное наблюдение протекания психических процессов у испытуемого со стороны экспериментатора. Поэтому экспериментальная психология В. Вундта скорее имеет герменевтический (герменевтика — способ толкования чего-либо), а не естественнонаучный характер. Однако увлечение философией позитивизма в конечном счете привело общую психологию к необходимости подтверждения философских концепций психики экспериментальными методами на манер естественнонаучных дисциплин (каковой к тому времени уже была психиатрия). Как результат в научном поле образовались две различные экспериментальные психологии — клиническая (на базе медицинских факультетов) и общая (на базе философских факультетов). Если первая была ориентирована на обслуживание научных и практических интересов физиологии и психиатрии и имела материалистический уклон, то вторая преследовала цель эмпирического исследования предпосылок нематериальной по своей сути психической субстанции.

Основной разделительной линией двух психологий стало понимание психики либо как функции мозга, либо как особой духовной субстанции, деятельность которой только лишь отражается в мозговых процессах. Вторым различительным критерием стало понимание психологии как преимущественно диагностической или эмпирической дисциплины. Второй критерий различения появился на свет после того, как немецкий психиатр Э. Крепелин адаптировал нозологический принцип Л. Пастера, возникший в органической парадигме медицины, для нужд психиатрической клиники. Предложенная этим ученым нозологическая классификация душевных болезней по формуле «*этиология* (источник болезни) —> *клиника* (проявление болезни в наборе специфических для источника болезни признаков — симптомов) —> *течение* (динамика симптомов в ходе развития

заболевания) —> *прогноз* (предвидение дальнейшего развития и исхода психического заболевания)» отводила психологии роль одного из средств получения формальных критериев нарушения психической деятельности и постановки диагноза. Источником психической болезни в биологически ориентированной психиатрии может быть только нарушение так называемого «материального субстрата» психического, поскольку психика рассматривается как функция мозга. Таким образом, от психологии ожидалось создание формальных «экспериментально-психологических схем», с помощью которых можно было бы опознать (диагностировать) клинические проявления определенной психической болезни. В этом смысле «опытная» психология и становилась клинической — инструментом постановки психиатрического диагноза, формализованным способом определения психических и поведенческих расстройств. В таком качестве она с успехом могла применяться в целях не только врачебно-диагностического, но и педагогического процесса. Так клиническая психология, развившаяся в рамках психиатрии, окончательно оформилась всего лишь в «объективный экспериментальный метод» распознавания врачом или педагогом душевных болезней. Однако в среде самих психиатров возникли серьезные разногласия относительно методологической обоснованности самой психологической диагностики психических болезней, вследствие чего роль экспериментально-психологических исследований в клинической практике была сведена к минимуму.

К началу XX в. общая психология также стала развиваться в рамках естественнонаучной парадигмы, трактующей психику в качестве свойства высокоорганизованной материи. Смена методологических оснований привела к развитию самостоятельных, а не связанных только лишь с клиническими задачами экспериментальных исследований нарушений психики и поведения, в результате чего появилась теоретическая возможность выделения клинической психологии в качестве составной части психологической, а не психиатрической науки. Причем как отрасль психологической науки такая клиническая психология переставала быть всего лишь вспомогательным инструментом врача в психиатрической практике. В целях отграничения этой новой отрасли от узкоклинических экспериментально-психологических исследований, а также из идеологических соображений для ее обозначения в нашей стране долгое время использовался термин «патопсихология».

Трактовка термина «патопсихология» Б. В. Зейгарник несколько отличается от того, что понимается под термином «патологическая психология» (abnormal psychology) в зарубежной науке. В англоязычных странах патологической психологией называют изучение

психологическими методами различных отклонений психической деятельности в клинических целях. По сути это понятие выступает синонимом современной клинической психологии, а отчасти используется для обозначения психологических теорий возникновения психических расстройств. Как следует из англоязычного энциклопедического руководства по психологии под редакцией М. Айзенка, патологическая психология выступает методологической альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов в их возникновении.

Б. В. Зейгарник использовала термин «патопсихология» в значении, которое ему придавал немецкий психиатр Г. Мюнстерберг, предложивший рассматривать психические нарушения как ускорения или торможения нормальной психической деятельности. По мнению Г. Мюнстерберга, патопсихология может исследовать нарушения психики теми же методами и постулировать те же закономерности, что и в общей психологии. Поэтому в трактовке Б. В. Зейгарник патопсихология представлена как раздел (общей) психологии, который занимается исследованием закономерностей распада психической деятельности и свойств личности, прежде всего для решения общетеоретических вопросов психологической науки. А это, в свою очередь, может принести практическую пользу не только психиатрии, но и другим отраслям знания (в том числе — педагогике), дополняя и развивая их внутренние представления о причинах развития отклонений и путях их коррекции.

Такое специфическое понимание патопсихологии в отечественной науке советского периода породило противоречия во взглядах на цель, предмет, задачи и роль этой дисциплины. Ограниченность предмета патопсихологии только областью психических нарушений не позволяла этой дисциплине решать никакие другие прикладные задачи, кроме диагностических (в медицине или в педагогике). Определение ее как раздела теоретической психологии не позволяло включать в предмет и задачи патопсихологии многие клинические вопросы, такие, например, как использование психологических методов воздействия в лечебных и коррекционных целях, исследование психологических факторов в развитии болезней, роли и значения системы отношений, складывающейся между человеком с расстроенной психикой и окружением, и т. д. Тем самым высокий уровень развития отечественной патопсихологии наряду с идеологизацией науки в советский период долгое время не давал возможности развития в нашей стране клинической психологии в современном смысле этого слова.

За пределами России становлению клинической психологии в качестве самостоятельной психологической дисциплины также способствовали изменения в общей теории медицины, произошедшие в первой половине XX в. Пастеровско-вирховская органическая парадигма объективных патогенных факторов сменилась концепцией Г. Селье о роли адаптационно-защитных механизмов в возникновении болезней, под влиянием которой было обращено внимание именно на возможную этиологическую роль психологических факторов не только в психиатрии, но и в соматической медицине. В школе З. Фрейда были вскрыты психогенные причины различных психических расстройств. Исследованиями И. Павлова было обнаружено влияние типов нервной системы на характер протекания различных соматических процессов. Работы У. Кэннона открыли влияния сильных эмоций и стресса на физиологические процессы в желудочно-кишечном тракте и на вегетативные функции. В исследованиях этого психолога организм человека представлялся как динамическая система разнообразных внутренних и внешних факторов, опосредованных психической деятельностью мозга (например, У. Кэннон экспериментально показал, что ощущение голода вызывает сокращения желудка). При такой трактовке человеческого организма медицина и психология опять становились взаимопроницаемыми и взаимозависимыми, что в конечном итоге и привело к необходимости возникновения междисциплинарной и отдельной (от психиатрии и общей психологии) сферы психологической науки, интегрировавшей все предшествующие линии развития клинической психологии и оторвавшейся от узкомедицинских сфер приложения этого знания.

1.2. Предмет, цели и структура клинической психологии

Клиническая психология — область психологии, изучающая вопросы теории и практики медицины, которые связаны с психологией, и вопросы психологии больных людей, имеющие отношение к задачам диагностики, лечения и профилактики болезней.

Клиническая психология — это психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, образования и социальной помощи.

Предмет клинической психологии — особенности психической деятельности больного в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, оптимизации лечения, укрепления и сохранения здоровья.

Объект клинической психологии — *больной* — страдающий человек, у которого нарушено физическое, душевное и социальное благополучие.

Задачи клинической психологии:

- изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение;
- изучение влияния тех или иных болезней на психику и изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;
- изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его микросредой;
- разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Структура клинической психологии:

- патопсихология;
- нейропсихология;
- психосоматика;
- психология соматического больного;
- перинатальная психология;
- психология аномального развития;
- психология отклоняющегося поведения;
- психологическое сопровождение диагностического и лечебного процесса;
- Основы психологического воздействия в клинике;
- Клиническая психология в экспертной практике.

Также клиническая психология условно может быть подразделена на общую и частную.

Общая клиническая психология изучает:

Основные закономерности психологии больного человека (категории нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного обращения больного и врача, психологической атмосферы лечебного учреждения.

Учение о психосоматических и соматопсихических взаимовлияниях.

Учение об индивидуальности (темперамент, характер, личность), об эволюции и этапах постнатального онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), об аффективно-волевых процессах.

Биомедицинскую этику, включая вопросы врачебного долга, врачебной тайны и т. д.

Частная клиническая психология изучает:

Особенности психологии больных с пограничными формами нервно-психических расстройств (наиболее чувствительных и ранимых больных), которые могут являться объектом деятельности врача любой специальности.

Психологию больных на этапах подготовки, проведения хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде.

Особенности психологии больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, новообразованиями, гинекологическими, кожными, нервно-психическими).

Психологию больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота).

Медико-психологический аспект трудовой, военной и судебной экспертиз.

Виды деятельности клинического психолога:

- диагностическая;
- экспертная;
- консультативная;
- коррекционная;
- профилактическая;
- реабилитационная;
- научно-исследовательская.

1.3. Этические модели в медицине и клинической психологии

На протяжении многих веков формировались, изменялись различные моральные принципы и правила, сопровождавшие развитие медицины. Религиозные, культурные, этнические, социально-экономические факторы влияли на формирование этических моделей в клинической психологии.

1. Модель Гиппократа (V–IV вв. до н. э.) — принцип «Не навреди». Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку является основной чертой профессиональной врачебной этики. В «Клятве» поднимаются вопросы об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда («Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, отрицательном отношении к эвтаназии («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства

и не покажу пути для подобного замысла»), абортам («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), о недопустимости интимных связей с пациентами («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, неправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами», «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении, а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»). Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предписывалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление, ободряла его, чтобы он не слишком волновался духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления.

2. Модель Парацельса (XV–XVI вв.) — принцип «Делай добро». Форма врачебной этики, сложившаяся в Средние века, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача, наиболее полно представлена Парацельсом. Модель Парацельса — это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс. В рамках этой модели реализуется патернализм (pater — отец) как тип взаимоотношений между врачом и пациентом, для которых характерны положительные психэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Парацельс писал, что сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства — любовь. Предполагается, что христианские ценности способствовали также становлению суггестивной терапии, которую активно применял выдающийся врач XVI в. Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача, так как тот, кто больше верит, излечивается лучше.

3. Деонтологическая модель (XVIII–XIX вв.) — deontos — должное. Деонтология как наука о долге, моральной обязанности,

нравственном совершенстве и безупречности особенно важна в тех профессиональных областях, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. Основой деонтологии является принцип «соблюдения долга». Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и оценка действия не только по результатам, но и по намерениям), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Соблюдать долг — это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок — тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственной воли и разума. Когда правила открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то он соответствует выбранной профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

4. Биомедицинская этическая модель (60–70 гг. XX в.) рассматривает медицину в контексте прав человека. Биоэтика (этика жизни) — систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики — вопроса об отношениях врача и пациента. Остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения, что оформляется в новых типах взаимоотношений врача и больного — информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по-своему формой защиты прав и достоинства человека. На современном этапе обсуждается не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и нравственными последствиями для человека и человечества. Все большее влияние приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право

принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогноза лечения, включая альтернативу отказа пациента от лечения. Пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. На первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия (самоопределение пациента зависит от степени его информированности). Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой пациент может и не подозревать.

Вновь и вновь обсуждаются этические проблемы аборта и эвтаназии, репродукции и трансплантации.

В 90-х гг. биоэтика стала понятием, включающим всю совокупность социально-этических проблем современной медицины. Современная клиническая психология опирается на общемедицинские этические принципы. Однако клинический психолог в своей деятельности сталкивается и со специфическими этическими вопросами.

1) Необходимость информирования испытуемого о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Клинический психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообразности ознакомления с его результатами других специалистов помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования или отказе от него.

2) Соблюдение границ приемлемого поведения. Учитывая специфику межличностного взаимодействия между клиническим психологом и пациентом, необходимо четко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и психокоррекции, так как «пересечение» границ может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту.

3) Сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к клиническому психологу. Привязанность, превращаясь в зависимость, вызывает негативные реакции, ведущие к деструктивным формам поведения. Клинический психолог должен тщательно контролировать свои действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.

1.4. Учение о боли

Боль — это своеобразное психофизиологическое состояние человека, которое возникает в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме.

Исходя из системного подхода, целесообразно рассматривать боль как интегративную функцию организма, которая мобилизует самые разнообразные функциональные системы для защиты его от вредящего фактора и включает такие компоненты, как сознание, ощущения, эмоции, память, мотивации, вегетативные и поведенческие реакции.

Существуют различные подходы к объяснению боли.

Психоаналитический подход

- Боль — плач — утешение любимым человеком — устранение боли. Эта цепь играет важную роль в становлении нежных любовных отношений и позволяет объяснить «сладкое удовольствие» от боли. Боль позволяет сблизиться с любимым человеком.
- Боль — наказание. Боль наносится, если « я плохой». В этом случае она сигнал вины, важный посредник для искупления вины (некоторые люди рады боли, если это приводит к прощению их и соединению с любимым человеком).
- Боль сочетается с агрессивными стремлениями и стремлениями к власти. Если они встречают сильное противодействие — возникает боль.
- Существует определенная связь между болью и реальной или воображаемой потерей любимых лиц, в особенности, если есть вина в агрессивных чувствах по отношению к ним. Человек уменьшает чувство потери, испытывая боль в своем теле. Боль может заменить потерянный объект любви, локализация боли определяется бессознательной идентификацией с ним.

Поведенческий подход

В бихевиоризме развитие хронической боли объясняется на основе оперантного научения. Типичное поведение при хронической боли или «привычка к боли», возникнув как следствие незначительного поражения, продолжается, пока последствия благоприятны, и, в конце концов, отрывается от лежавшей в основе патологии и сохраняется после того, как органический патогенный фактор утрачен.

Когнитивный подход

Убеждения, оценки и ожидания относительно боли, ее интерпретация влияют на поведение и эмоции больных.

Современные концепции боли указывают на многокомпонентность болевого переживания.

Три психологических уровня боли (Г. Н. Кассиль):

- специфические особенности боли как обычного физиологического чувства;
- мотивационно-эмоциональные проявления;
- познавательно-оценочный аспект боли.

Три компонента болевого переживания (М. Бонд):

- сенсорный;
- эмоциональный;
- поведенческий.

Боль ощущается через сенсорные сигналы, поступление которых в мозг приводит к болевым ощущениям. Они называются *ноцицептивными* (болевыми), а их рецепторы — *ноцицепторами,* то есть это нервные окончания, при возбуждении которых человек ощущает боль.

Рецепторы боли находятся:

- в коже;
- в соединительных оболочках мышц;
- во внутренних органах;
- в надкостнице;
- в роговице глаза.

Восприятие боли имеет сложный характер. Чувствительность к боли варьирует в широких пределах. Под влиянием представления о типе боли и возникающего на его основе напряженного ожидания сильно эмоционально-отрицательно окрашенного:

1) Значительно повышается чувствительность (уменьшаются пороги болевой чувствительности).

2) Повышается выносливость к боли (увеличиваются верхние пороги болевой чувствительности) благодаря включению в переживание волевых компонентов.

Переживание боли зависит от:

- силы и длительности болевого раздражителя;
- типа нервной системы;
- психологических факторов:
  - отвлечение внимания и сосредоточение на боли;
  - ожидание боли;
  - прошлый опыт;
  - эмоциональные состояния (горе, радость, гнев);
  - особенности личности (стойкость и выносливость; изнеженность; общественно-моральные установки; содержание и направленность жизненных отношений человека, определяющих его отношение к боли).

Боль вызывает функциональные изменения вегетативной нервной системы:

- расширение зрачков;
- побледнение лица;
- холодный пот;
- тахикардию;
- повышение кровяного давления.

И выражается:

- словами;
- жестами;
- мимикой;
- специфическими позами;
- походкой;
- поведением;
- эмоциональными реакциями и состояниями (гнев, депрессия).

ГЛАВА 2.
ПАТОПСИХОЛОГИЯ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ

2.1. Предмет и задачи патопсихологии

Патопсихология — раздел клинической психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Оперирует психологическими понятиями.

Необходимо различать патопсихологию и психопатологию.

Психопатология — клиническая наука (раздел клинической психиатрии), занимающаяся описанием признаков психического заболевания в течении болезни, в динамике. Оперирует медицинскими клиническими терминами (этиология, патогенез, симптом, синдром).

Задачи патопсихологии:

1. Получение данных для патогенетической и дифференциальной диагностики.

2. Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией — оценка эффективности лечебного процесса.

3. Участие в экспертной работе (военная, медико-социальная, судебная, психолого-медико-педагогическая экспертиза).

4. Участие в реабилитационной работе.

Понятие психического расстройства

В 10-й Международной классификации болезней понятие *психическое расстройство* определяется как болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия психического здоровья. При этом изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств.

Н. Л. Белопольская (2000) указывает, что об отклонении от нормы можно говорить, если обнаруживается соответствие трем критериям:

1) неадекватность эмоциональных реакций, поступков, речевых высказываний, мимики, жестов и поведения в целом;

2) снижение или отсутствие критичности к своим поступкам, физическому и психическому состоянию;

3) непродуктивность деятельности.

В противовес этому психическое здоровье — это целостность, гармоничность, «функционирование на высоком уровне поведенческого и эмоционального регулирования и адаптивности».

Платон говорил о здоровье, как о красоте, которая определяется соразмерностью, требует «согласия противоположностей» и выражается в соразмерном соотношении душевного и телесного.

Древневосточная медицина (прежде всего китайская и индийская) исходит в своем учении из следующего кардинального тезиса: духовное здоровье есть главная основа здорового тела; в основе здоровой психики лежит равновесие духа, которое, в сочетании со здоровьем тела, надо ценить и охранять превыше всего.

Как отмечала И. В. Дубровина, «термин "психическое здоровье личности" имеет отношение не к отдельным психическим процессам и механизмам, но относится к личности в целом».

Основные принципы построения психологической модели здоровой личности:

Холистичность. Специфика предмета требует рассмотрения здоровья как системного качества, характеризующего личность в ее целостности.

Учет изначальной поливариантности интерпретаций. В силу того, что здоровье представляет собой многоаспектный феномен, необходимо учитывать и интегрировать на едином концептуальном основании различные трактовки этого явления, соответствующие разным его аспектам.

Структурность и динамизм как взаимодополняющие аспекты проблемы. Необходимо рассматривать структурные и динамические аспекты здоровья не раздельно, но в их соотношении, т. е. осмыслять проблему и аналитически, и процессуально.

Одним из определяющих критериев психического здоровья, довольно часто применяемых в современных психотерапевтических методиках различной содержательной направленности, является сопоставление образа реального «Я» с образом идеального «Я», т. е. с представлением о том, каким человек хотел бы быть. Высокую степень совпадения реального «Я» с идеальным принято считать хорошим показателем психического

здоровья. Для психически здорового человека неприемлемы идеи заброшенности, одиночества, пессимистические настроения. Он обладает достаточным запасом жизненных сил, позволяющих ему поддерживать духовную бодрость и придерживаться оптимистических идеалов. «Смех — здоровье души», — учит армянская пословица. Человек здоровой психики — это прежде всего человек воспитанный, социально хорошо адаптированный, не совершающий действий, противоречащих принятым в обществе нормам поведения. Современные западные психологи считают, что самоуважение и степень выраженности тревожности являются одними из самых информативных показателей психического здоровья. Позитивно настроенные люди, которые имеют ясные цели в жизни и, соответственно, не склонны мучить себя вечными сомнениями, неуверенностью, дурными предчувствиями и пессимизмом, имеют хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного здоровья.

Если задаться вопросом о том, можно ли попытаться выделить среди уже известных критериев психического здоровья наиболее важный, то мы отдали бы предпочтение психическому равновесию. С его помощью можно судить о характере функционирования психической сферы человека с различных сторон (познавательной, эмоциональной, волевой). Этот критерий органично связан с двумя другими: гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. В общем смысле под гармонией понимается согласованность, стройность в сочетании чего-либо. Известный немецкий ученый и врач Р. Вирхов сделал следующее пояснение по этому поводу: «Мы можем вместо "гармонии" сказать "равновесие", а вместо "дисгармония" — "нарушение равновесия". Здоровый человек — это человек гармоничный. Соответственно, аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т. е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с социумом. От степени выраженности психического равновесия зависит мера уравновешенности человека и объективных условий, его приспособленность, адаптированность к ним. Однако сама по себе уравновешенность, как подчеркивал В. Н. Мясищев, — это не какое-то мертвое, застывшее в своем проявлении равновесие, а динамический процесс, поступательное движение жизненно важных биологических и психических процессов. При этом уравновешенность человека и адекватность его реакции на внешнее воздействие имеют большое значение в плане разграничения нормы и патологии. У человека неуравновешенного, неустойчивого фактически нарушено равновесие, гармоничное взаимодействие между свойствами, лежащими в основе его личностного статуса. И напротив, только у психически здорового, т. е. уравновешенного человека

мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения и его адекватности внешним условиям.

Но, пожалуй, наиболее полный перечень критериев психического здоровья представлен в работе Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова. В первую очередь авторы относят к ним:

- причинную обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность;
- соответственную возврату человека зрелость чувства;
- постоянство места обитания;
- максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности;
- гармонию между отражением обстоятельств действительности и отношением человека к ним;
- соответствие реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений;
- критический подход к обстоятельствам жизни, способность самоуправления поведением в соответствии с нормами, установившимися в разных коллективах;
- адекватность реакции на общественные обстоятельства (социальную среду);
- чувство ответственности за потомство и близких членов семьи;
- постоянство и идентичность переживаний в однотипных обстоятельствах;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций;
- самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь.

А теперь попытаемся перечислить некоторые из наиболее часто называемых в литературе критериев здоровья, распределив их в соответствии с видами проявления психического (процессы, состояния, свойства).

Из психических процессов чаще упоминаются: максимальное приближение субъективных образов к отражаемым объектам действительности (адекватность психического отражения); адекватное восприятие самого себя; способность концентрации внимания на предмете; удержание информации в памяти; способность к логической обработке данных; критичность мышления; креативность, управление мысленным потоком.

В сфере психических состояний в их число обычно включают: эмоциональную устойчивость; зрелость чувств соответственно

возрасту; совладание с негативными эмоциями; свободное, естественное проявление чувств и эмоций; способность радоваться; сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Свойства личности — это оптимизм, сосредоточенность, уравновешенность, нравственность, адекватный уровень притязания, чувство долга, уверенность в себе, умение освобождаться от затаенных обид (необидчивость), несклонность к лени, независимость, естественность, чувство юмора, доброжелательность, самоуважение, адекватная самооценка, самоконтроль, воля, энергичность, активность, целеустремленность.

Среди критериев психического здоровья личности особое значение придается степени ее интегрированности, гармоничности, консолидированности, уравновешенности, а также таким составляющим ее направленности, как духовность (доброта, справедливость и пр.), ориентация на саморазвитие, обогащение своей личности.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала критерии психического здоровья:

- У человека должно быть осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
- Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
- Критичность к себе и своей собственной психической деятельности и к ее результатам.
- Соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- Способность к самоуправлению в соответствии с социальными нормами, правилами и законами.
- Способность планировать и реализовывать собственную жизнь.
- Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

У этих критериев нет иерархии и нет их точного количества. Их границы вычерчиваются интуитивно.

Продолжая разрабатывать проблему «психической нормы», ВОЗ описывает уровни психического здоровья:

Эталонное здоровье (идеальное) — полная адаптация индивида, гармоническое развитие, позитивно представлены все критерии психического здоровья, не просматривается вероятность психических расстройств.

Среднестатистический уровень — состояние показателей психики соответствует популяционным с учетом пола, возраста, социального положения, социокультурных условий и прочего. На этом уровне есть вероятность расстройств поведения и психики (кризисы индивидуального развития).

Конституциональный уровень связан с типологиями устройства психики и тела. На этом уровне существует группа риска по причине телосложения.

Уровень акцентуаций — заострение личностных черт характера. В результате этого человек делается уязвимым.

Предболезнь — наличие отдельных симптомов психического расстройства.

С вероятностью в 92% такие симптомы, как головная боль, расстройства сна, утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, тревожность, могут перейти в болезнь.

Братусь выделяет три уровня психического здоровья:

- высший или индивидуально-исполнительный, т. е. уровень реализации деятельности;
- личностно-смысловой;
- психофизиологический уровень (особенности нервных процессов).

Включенность человека в «ансамбль общественных отношений в соподчиненности и иерархии его составляющих» и движение человека к самоосуществлению в этой включенности — критерий нормы (по Б.С. Братусю). В этом подходе доминирует социально-психологический спектр параметров нормы.

В качестве основных причин психических расстройств выделяют:

- наследственную предрасположенность;
- биохимические нарушения в работе мозга, интоксикации;
- иммунные и эндокринные нарушения;
- инфекции и паразитарные инвазии;
- психотравмы и депривационные факторы;
- физические травмы мозга и его органические заболевания;
- соматические заболевания.

Часть психических расстройств многопричинна (полиэтиологична). Возникновение заболевания зависит от индивидуальных особенностей организма, массивности болезнетворного (патогенного) фактора, места его воздействия и т. д. Одно и то же воздействие может быть патогенным для одного организма и безвредным для другого. Более того, реакция организма на патогенный агент может изменяться в зависимости от условий внешней, в том числе социальной среды, а один по качеству фактор может вызвать различные по форме и механизмам развертывания психические.

Патопсихологические синдромы

Основной клинической единицей патологического состояния является симптом. Совокупность тех или иных симптомов представляет собой синдром, или симптомокомплекс.

Судить о психическом состоянии человека на основании лишь одного или нескольких симптомов нельзя. Отдельные симптомы могут возникать при различных заболеваниях, а нередко и у психически здоровых людей. Например, такой симптом, как астения, проявляется общим упадком сил, повышенной утомляемостью, истощаемостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, нарушениями сна. Эти расстройства характерны при многих соматических заболеваниях, часто наблюдаются у психически больных, но могут отмечаться и у здоровых людей при повышенных физических и психических нагрузках.

Симптомы имеют форму и содержание. Так, если пациент при объективном отсутствии источника сенсорного раздражителя слышит голоса, которые грозят его убить, то формой симптома будет слуховая галлюцинация, а содержанием — угроза расправы.

Для протекания психических заболеваний характерны закономерность смены одного симптома другим и определенное их сочетание в симптомокомплексе. Поэтому синдромы для диагностики психического заболевания имеют большее значение, чем симптомы.

В системе иерархии мозговых процессов различают следующие уровни: патобиологический (нарушена морфологическая структура тканей мозга, биохимические процессы в них), физиологический (нарушено течение физиологических процессов), пато- и нейропсихологический (нарушено протекание психических процессов и связанных с ними свойств психики), психопатологический (клинические симптомы и синдромы психических нарушений).

Клинические синдромы относятся к более высокому уровню вертикальной иерархии формирования и нарушения психических функций, однако их сущность не может быть понята без патопсихологического и патофизиологического анализа лежащих в их основе явлений. Патопсихолог направляет свое исследование на изучение и анализ определенных компонентов, звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемых в клинике симптомов.

Из ряда патопсихологических синдромов наибольшее значение в клинической психологии имеют следующие:

- *шизофренический симптомокомплекс* — складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры и иерархии мотивов, нарушения целенаправленности мышления и смыслообразования (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм и др.), эмоционально-волевые расстройства (уплощение и диссоциация эмоций, знаковая парадоксальность, абулия и парабулия и др.), изменение самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);

- *психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс* — складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменений структуры и иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа («относительное аффективное слабоумие»), нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт;
- *органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс* — складывается из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления (снижение уровня обобщения), неустойчивости эмоций (аффективная лабильность), снижения критических способностей и самоконтроля;
- *олигофренический симптомокомплекс* — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий и абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Кроме перечисленных, можно также выделить *аффективно-эндогенный* (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста), *психогенно-психотический* (в клинике — реактивные психозы) и *психогенно-невротический* (в клинике — неврозы и невротические реакции) симптомокомплексы.

Патопсихология, наряду с соматопсихологией и нейропсихологией, является составной частью клинической психологии и в силу этого несет на себе все основные признаки, присущие клинической психологии в целом. Так же как и вся клиническая психология, патопсихология относится к пограничным отраслям науки и практики, возникшим на стыке дисциплин, имеющих разные предметные области, но сходных по объекту и проблематике исследований. Если клиническая психология является областью, пограничной между психологией и медициной в целом, то патопсихология самым тесным образом граничит с особым разделом клинической науки и практики — психиатрией. Можно сказать, что патопсихология — это особый раздел психологии вообще и клинической психологии в частности, изучающий психику психически больных и аномальных людей.

Клиническая психология исторически возникла в связи с запросами клиники и, решая свои специфические задачи, служит целям клинической практики. То же самое и с еще большим основанием можно сказать о патопсихологии. Патопсихология как отрасль клинической психологии возникла одной из первых и развивалась наиболее интенсивно, особенно на ранних этапах существования

клинической психологии, не случайно. Психиатрия и по сей день, несмотря на огромный интерес к ней, является наименее разработанной в теоретическом и наиболее сложной в практическом плане отраслью медицинской науки и практики, в наибольшей степени связанной с психологией. Это обусловлено тем, что ее предметом выступает особый класс заболеваний — психические расстройства, сущность которых проявляется во всевозможных нарушениях психики. Чтобы исследовать психические нарушения, необходимо хорошо разбираться в том, что представляет собой сама психика во всех ее многообразных проявлениях. Вот почему знание психологии столь важно для психиатрии. Об этом еще в 1876 г. писал И. М. Сеченов, отмечая, что психология становится основой психиатрии, все равно как физиология лежит в основе патологии тела.

Надо отметить, что в России между психиатрией и психологией всегда существовали самые тесные связи. В становление психологии как науки вообще и патопсихологии в частности самый существенный вклад внесли работы отечественных психиатров, таких, как В. М. Бехтерев, А. Ф. Лазурский, Г. И. Россолимо, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский и др. Интересно отметить, что за рубежом первая экспериментальная психологическая лаборатория была открыта В. Вундтом в 1879 г. при Лейпцигском университете, а ее деятельность имела, скорее, научно-теоретический характер. В России же первые экспериментально-психологические лаборатории, начиная с открытой в 1885 г. В. М. Бехтеревым в Казани, работали при психоневрологических клиниках и помимо научно-исследовательской деятельности реализовывали прикладные аспекты, имеющие непосредственное отношение к практике оказания помощи психически больным людям.

2.2. Соотношение патопсихологии и психопатологии. Предмет патопсихологии

По своим целям и решаемым практическим задачам патопсихология направлена на оказание конкретной практической помощи клиницистам, занимающимся проблемами нарушений психики при разнообразных психических расстройствах. Наиболее тесные связи (даже в названии) обнаруживаются у патопсихологии с одним из разделов психиатрии — психопатологией. Названия этих дисциплин состоят из одних и тех же древнегреческих корней: «*pathos*» — «страдание», «болезнь», «*psyche*» — «душа», «психика» и «*logos*» — «изучение». Таким

образом, и патопсихология, и психопатология представляют собой отрасли, изучающие различные проявления нарушений психики.

Однако при всем внешнем сходстве, при общности «объекта» исследования (в качестве которого выступают нарушения психики), между психопатологией и патопсихологией имеются существенные различия. Эти различия заключаются в первую очередь в том, что патопсихология является одним из разделов психологии (клинической психологии), а психопатология является отраслью медицины (психиатрии). Таким образом, в силу принадлежности к различным научным дисциплинам психопатология и патопсихология имеют каждая свой специфический предмет исследования, методы исследования и различный категориальный аппарат.

Предметом любой медицинской отрасли, как известно, является болезнь во всех ее проявлениях и связях. Предметом же психологии (а следовательно, и любой ее отрасли) является психика. В отношении психопатологии предметом изучения выступает особая категория заболеваний — психические заболевания, т. е. заболевания, при которых в первую очередь нарушаются именно психические функции (познание и регуляция поведения). Другими словами, можно сказать, что психопатология изучает причины возникновения, особенности проявления, течения, лечения и предотвращения различных психических расстройств.

Патопсихология, как и любая другая отрасль психологии, изучая психику, имеет и свою собственную специфику, так как ее предметом является не просто психика, а психика, нарушенная тем или иным психическим расстройством. Наиболее полно и точно определение предмета патопсихологии дала Б. В. Зейгарник: патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга.

Патопсихология, рассматривая нарушения психики, дает квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии, используя общий для всех отраслей психологии категориальный аппарат. Патопсихолог пользуется такими понятиями, как психика, деятельность, общение, личность, познание и т. п. Психопатология, являясь наукой сугубо медицинской, оперирует главным образом клиническими понятиями, такими как этиология, патогенез, симптом, синдром и т. д. При этом надо отметить, что эти клинические термины должны быть

известны и часто используются в практике патопсихологии, что связано с ее пограничным и прикладным характером. Решение практических задач, которые стоят перед патопсихологией, немыслимо без хорошей ориентировки в клинических особенностях заболевания, а данные патопсихологического исследования обязательно должны соотноситься с психическим статусом больного, с динамикой течения заболевания.

Существенные различия между психопатологией и патопсихологией отмечаются и в области методологии и методики проведения исследований. В практике психиатрии традиционно доминирует клинико-описательный метод исследования психопатологических явлений, что связано во многом с самой природой патологии психики. Как отмечает С. Я. Рубинштейн, эта природа такова, что установить ее удается лучше всего при расспросе и наблюдении. Причем опытный врач-психиатр в большей степени, чем представители других медицинских специальностей, умеет контактировать с больным, обладает искусством выявлять признаки заболевания в ходе наблюдения и беседы с пациентом, расспросов родственников и персонала о его поведении. Надо отметить, что в оценке психического состояния беседа и наблюдение до сих пор занимают основное место, тогда как соматическое состояние больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем, при анализе патологии психики методы опроса и наблюдения обязательно должны быть дополнены экспериментом, так как именно экспериментальный метод позволяет перейти от описания явления к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Патопсихология, являясь отраслью психологии, использует весь арсенал методов, накопленных психологической наукой, и среди них эксперимент занимает ведущее место. В силу специфики предмета и решаемых ею практических задач можно сказать, что патопсихология является экспериментальной наукой. В патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психики больных, и этот опыт является весьма полезным для психопатологии.

Современный системный подход к исследованию психических расстройств требует их всестороннего рассмотрения, поэтому данные клинического анализа должны быть дополнены данными патопсихологического исследования. Поэтому в последнее время все четче проявляется тенденция к сближению практики исследования нарушений психики в психологии и психопатологии: клиницисты все активнее используют психологические экспериментальные методы исследования, а в патопсихологии (и клинической психологии в целом) существенная роль отводится описательному подходу.

Однако различия в предметной области обеих наук остаются неизменными. Поэтому можно сказать, что психопатолог и патопсихолог подходят к одному и тому же явлению — психическому расстройству — с различных сторон. Для клинициста любые нарушения психики интересны, потому что они являются признаками (симптомами или синдромами) тех или иных психических заболеваний, т. е. в психопатологии акцент делается именно на проявлении нарушений. Патопсихолога же интересуют психические нарушения, так как они раскрывают специфику психики, проявляющейся в особых условиях (в условиях болезни), т. е. для патопсихологии актуальным остается изучение именно психологических феноменов.

2.3. Теоретические основы патопсихологии

Так как патопсихология, несмотря на всю близость к психопатологии в практическом плане, остается психологической наукой, ее методологической базой является общепсихологическая теория. Как уже отмечалось, патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности в сопоставлении с нормой. Поэтому знания о сущности психики, правильное понимание проблемы ее происхождения и развития в норме, рассматриваемые общей психологией и психологией развития, являются базовыми для патопсихологии.

Как уже отмечалось, у истоков отечественной патопсихологии стоял В. М. Бехтерев, который, следуя естественнонаучным идеям И. М. Сеченова, дал четкие представления о предмете и задачах патопсихологии («патологической психологии» в первоначальном варианте). Представителями его школы были сформулированы основные принципы патопсихологического исследования, разработаны многие экспериментально-психологические методики исследования душевнобольных, широко используемые и по сей день, накоплен богатый материал о расстройствах психических процессов.

Также большой вклад в развитие методологии и практики патопсихологии внесли исследования А. Ф. Лазурского, введшего в психологию метод естественного эксперимента, который первоначально использовался в педагогической психологии, а затем стал применяться и в клинической психологии. Существенное влияние на становление патопсихологии оказали и работы Г. И. Россолимо, который предпринял прогрессивную на тот момент попытку введения в патопсихологию метода тестов как наиболее объективного метода исследования психики в нормальном и патологическом состоянии. И хотя

психометрический, исключительно количественный подход в дальнейшем был признан несостоятельным для решения задач патопсихологии, предложенный автором прием графического изображения «психологических профилей» до сих пор успешно используется в практике психодиагностического и патопсихологического исследования.

Несмотря на большое значение вышеперечисленных работ для развития патопсихологии как самостоятельной отрасли психологической науки и практики, в качестве ее фундаментальных теоретических основ выступают исследования выдающегося отечественного психолога Л. С. Выготского и его последователей (в первую очередь А. Н. Леонтьева и А. Р. Лурии). Идеи Л. С. Выготского о природе и генезисе психики, сформулированные в 20–30-е гг. XX в. в рамках *культурно-исторической теории развития высших психических функций*, стали основополагающими для развития базовых отраслей отечественной психологии, таких как общая психология, психология развития и возрастная (детская) психология, педагогическая психология.

Л. С. Выготский ввел в обиход современной психологии в качестве основного понятие высших психических функций (ВПФ). Согласно культурно-исторической теории происхождения человеческой психики, разработанной Л. С. Выготским, ВПФ являются продуктом исторического развития и имеют сложное строение. Хотя они возникают на основе элементарных психических функций, действие которых в большей степени определяется биологическими факторами, ВПФ социальны по природе, формируются прижизненно путем усвоения общечеловеческого опыта. Однако высшие психические функции не возникают путем одномоментного присвоения уже готовых данных в социальном опыте форм психического реагирования. Они развиваются, закономерно проходя через ряд этапов и становясь сложными психическими процессами, имеющими определенную структуру. Развитие высших психических функций осуществляется в процессе обучения, воспитания и общения с носителями культурно-исторического опыта.

Л. С. Выготский указывал, что всякая ВПФ в онтогенезе появляется дважды: сначала в качестве «экзопсихического», внешнего психического качества, организующего жизнедеятельность субъекта, носителем которого первоначально является взрослый, включенный в совместную деятельность и общение с ребенком. Затем в процессе интериоризации эта психическая функция присваивается ребенком и становится его внутренним, «эндопсихическим» багажом.

Все высшие психические функции (к которым относят произвольные формы познания и регуляции, отвлеченное мышление и др.)

имеют опосредованное строение. В качестве самого универсального орудия, опосредующего человеческое познание и поведение, выступает слово. Слово может замещать предметы и явления при их отсутствии, опосредуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Включение речи в структуру психических процессов переводит их на новый, более высокий уровень.

Таким образом, в отечественной психологии сложился взгляд на высшие психические функции как на развернутые формы предметной деятельности, возникающие на основе элементарных сенсорных и моторных процессов, которые затем свертываются, интериоризируются, превращаясь в умственные действия. В формировании ВПФ ведущая роль принадлежит речи, благодаря которой они становятся осознанными и произвольными. Такое понимание природы и сущности ВПФ позволило Л. С. Выготскому выдвинуть целый ряд положений, значимых для патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране. Так как мозг человека имеет принципиально иную организацию, нежели мозг животного, а развитие ВПФ не предопределено морфологической структурой мозга, то и нарушения психики имеют сложную природу и структуру. Поэтому особенности нарушения психики по Л. С. Выготскому определяются:

- характером локализации нарушения (в связи с этим принято выделять общий и частный дефекты);
- временем поражения (поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического онтогенеза);
- системным характером нарушений, в которых выделяются первичные (биологически обусловленные) и вторичные (являющиеся производными от первичных, затрудняющих социальное развитие функций) нарушения.

Представления о природе, генезисе ВПФ нашли свое логическое развитие в теории деятельности А. Н. Леонтьева. Согласно этой теории деятельность как особая форма активности человека представляет собой единство ее внешней (практической) и внутренней (психической) сторон. Внутренняя психическая деятельность возникает в процессе интериоризации внешней практической деятельности и имеет такое же строение, как практическая деятельность. Таким образом, изучая внешнюю практическую деятельность, можно раскрыть закономерности психической деятельности. Данное положение легло в основу разработки методологии патопсихологического исследования. Б. В. Зейгарник неоднократно указывала, что понять закономерности нарушений психической деятельности можно, лишь изучая практическую деятельность больного,

а корректировать нарушения психической деятельности — управляя организацией практической деятельности.

Еще одним важным как для общепсихологической теории, так и для методологии и практики патопсихологии является положение о сложном строении деятельности (как внешней, так и внутренней). Как известно, деятельность (как и любая другая форма поведения) побуждается потребностью, представленной субъекту в качестве переживания дискомфорта, напряжения, ведущего к поисковой активности. В ходе поиска происходит встреча потребности с предметом, способным ее удовлетворить, т. е. появляется мотив. Именно мотив, т. е. «опредмеченная потребность» порождает специфически человеческую форму активности — деятельность. Причем, если содержание потребности не осознается субъектом, то мотивы могут быть осознаваемыми или не осознаваемыми. Как известно, для человека характерно многообразие потребностей (как естественных, так и культурных). Таким образом, человеческая деятельность полимотивированна.

С появлением мотива начинает осуществляться деятельность. А. Н. Леонтьев рассматривал деятельность как совокупность действий, которые вызываются мотивом и направлены на достижение цели. Цель представляет собой осознаваемый образ желаемого результата деятельности. Основной единицей деятельности является действие, которое также носит целенаправленный характер и осуществляется при помощи определенных способов (операций), соотносимых с конкретной ситуацией.

Такую структуру имеет как внешняя, так и внутренняя деятельность, хотя форма выполнения входящих в нее действий различна: практическая деятельность имеет предметный характер, а в психической деятельности действия (операции) осуществляются с участием образов предметов.

Длительное время деятельностный подход был главенствующим в отечественной психологии. И хотя на современном этапе ее развития на смену естественнонаучной детерминистской парадигме все в большей степени приходит гуманистическая парадигма, опирающаяся на феноменологическое, описательное понимание психики, в области патопсихологических исследований деятельностный подход сохраняет свое право на существование. Сложившаяся в отечественной патопсихологии традиция рассматривать психические нарушения именно как нарушения психической деятельности весьма продуктивна в плане решения задач, которые чаще всего приходится решать патопсихологу на практике. Речь идет в первую очередь о получении экспериментальных данных, необходимых для постановки

дифференциального диагноза. Как известно, многие психические расстройства, имеющие различную этиологию, патогенез и динамику, могут иметь сходство на симптоматическом уровне. Например, нарушения интеллекта в детском возрасте, такие, как умственная отсталость и задержка психического развития, в клиническом плане могут быть весьма схожи, но относятся к различным нозологическим группам заболеваний. Отграничить их друг от друга, особенно в случае выраженной задержки и легкой степени умственной отсталости, руководствуясь только клиническими или педагогическими (и даже психодиагностическими количественными) критериями, бывает очень сложно. Это связано с тем, что при описательном или сугубо психодиагностическом подходе анализу подвергаются только внешние поведенческие корреляты психики, за которыми могут стоять совершенно разные механизмы и содержательные характеристики. Рассмотрение же психики как особого вида деятельности, включающей и внешние, и внутренние компоненты, позволяет выявить своеобразие нарушений ее структуры при различных нозологиях.

Таким образом, культурно-историческая концепция формирования высших психических функций и деятельностный подход стали теоретической базой патопсихологии, определив методологию и технологию проведения патопсихологических исследований.

2.4. Значение патопсихологии для общепсихологической теории

Однако нельзя утверждать, что патопсихология просто заимствовала из других областей психологии теоретические идеи, ничего не давая взамен. Сама патопсихология имеет не только практическое, но и важное теоретическое значение, позволяя расширять рамки научного познания психики. На это в свое время указывал В. М. Бехтерев, отмечая, что изучение ненормальных проявлений психической сферы освещает задачи психологии нормальных лиц. Л. С. Выготский положил в своих работах начало экспериментальному исследованию распада мышления, а сами данные патопсихологического исследования использовал для построения своей теории о ВПФ.

Многие другие отечественные психологи (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, А. Р. Лурия, Л. Ф. Божович и др.) также использовали при разрешении своих теоретических проблем данные патопсихологических исследований. Так, например, А. Н. Леонтьев исследование об опосредованном характере высших форм памяти построил на клиническом материале, используя данные изучения памяти больных

корсаковским синдромом. Другой известный отечественный психолог Б. Ф. Ломов также прибегал к клиническому материалу для доказательства роли социально-психологических факторов в возникновении личностных расстройств, указывая, что «ломка личности» не является прямым следствием заболевания. Тем самым он подтвердил положение о социальной природе личности. Таким образом, можно сказать, что многие психологи использовали исследование патологии как один из методов исследования психики и личности.

Наиболее подробно теоретическое значение патопсихологических исследований для многих общетеоретических вопросов психологии в своих работах раскрыла Б. В. Зейгарник. Она отмечала особую роль патопсихологии в решении следующих общетеоретических вопросов психологии: о роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности; о соотношении биологического и психологического в развитии человека; о соотношении распада и развития психики.

Остановимся подробнее на роли патопсихологических исследований в решении данных вопросов, остающихся актуальными и в современных условиях.

1. В отечественной психологии, начиная с работ Л. С. Выготского и его последователей, формируется системный деятельностный подход, в связи с чем преодолевается взгляд на психику как на совокупность отдельных психических функций. Познавательные процессы (восприятие, память, мышление) согласно этому подходу рассматриваются как различные формы предметной осмысленной деятельности субъекта. Характеризуя деятельность вообще, А. Н. Леонтьев выделял в ее структуре мотивационный (личностный) компонент. Следовательно, если рассматривать познавательные процессы как особые формы психической деятельности, то в их структуре обязательно должен быть представлен и мотивационный фактор. Эти теоретические положения требовали своего экспериментального подтверждения, которое достаточно трудно сделать, имея дело с уже сформированными, интериоризированными процессами. В генетическом плане это сделать легче, что и было подтверждено при экспериментальном обосновании теории поэтапного формирования умственных действий Я. Гальперина. Еще одним убедительным подтверждением правомерности положения о роли мотивационного компонента в организации познавательной деятельности являются исследования различных форм нарушений психической деятельности. Так, в экспериментальном исследовании патологии восприятия Е. Т. Соколовой было убедительно показано, как под влиянием различно мотивированной инструкции меняется течение и результат перцептивной деятельности

больных. Также экспериментально-психологическим путем (в работах Б. В. Зейгарник и ее сотрудников) была выявлена роль мотивационного компонента в нарушении мышления и памяти. Другими словами, патопсихологические исследования показали, что причиной многих нарушений познавательной деятельности является «мотивационная смещенность» больных.

2. Привлечение патопсихологического материала является целесообразным при решении вопроса о соотношении биологического и психологического в развитии человека. Данные психологических исследований показали, что, хотя биологические особенности болезни и психологические закономерности развития постоянно участвуют в формировании патологических симптомов (например, патологических мотивов), их роль при этом принципиально различна.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности, во многом сходные с закономерностями нормального психического развития. Однако болезненный процесс создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия функционирования психологических механизмов, которые и приводят к искаженному патологическому развитию личности. Таким образом, сами биологические особенности болезни не являются непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, играя роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности.

Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной психологии о природе психических функций. А. Н. Леонтьев, вслед за Л. С. Выготским, подчеркивал, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно из условий формирования психики. Основным же условием формирования психических функций является овладение миром предметов и явлений, созданных человеком. С. Л. Рубинштейн также указывал на роль внешних (социальных) и внутренних (биологических) факторов в психическом развитии, отмечая, что внешние причины преломляются через внутренние условия. Однако если при нормальном развитии внешние причины (социальные воздействия в широком смысле) приводят к адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

В решении поставленного вопроса о соотношении биологического и социального в психическом развитии большую роль играет и анализ

проблемы *соотношения распада и развития психики*. От того, как решается эта проблема, во многом зависит понимание сущности и строения психической деятельности человека. В свое время Л. С. Выготский справедливо указывал, что для правильного понимания проблемы развития и созревания психики необходимы данные о ее распаде.

Довольно долго в психиатрии и психологии господствовало мнение о том, что при многих психических расстройствах поведение человека начинает соответствовать более низкому уровню, соответствующему тому или иному этапу детского развития. Так, например, психическое развитие умственно отсталого взрослого человека отождествлялось с поведением ребенка 7–8 лет (или более младшего возраста, в зависимости от степени выраженности интеллектуальной недостаточности). Это мнение подтверждалось рядом клинически подтвержденных фактов. Во-первых, при некоторых заболеваниях психики больные утрачивают возможность совершать сложные виды деятельности, тогда как более простые, сформированные на ранних этапах развития, остаются сохранными. Во-вторых, в некоторых случаях нарушения познавательной деятельности и поведения больных действительно напоминают мышление и поведение детей на определенных этапах развития. На этих фактах основывалось положение о том, что психический регресс является как бы «негативом» психического развития и при распаде психики происходит послойное разрушение онтогенетически более поздних психических образований и переход на онтогенетически более ранние уровни функционирования психики. Действительно, данные исследований, проведенных на животных, убедительно показывают, что при патологии деятельности мозга раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, в первую очередь у животных разрушаются условные рефлексы при большей сохранности безусловных. Поражение более поздних в филогенетическом отношении образований мозга ведет к ослаблению их регулирующей роли и приводит к «высвобождению» активности более ранних.

Однако перенос закономерностей нарушения психики у животных на исследование патологии человеческой психики не является правомерным. Л. С. Выготский справедливо указывал на то, что когда речь идет о развитии психики человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть автоматически продолжен. При переходе к человеку законы биологии уступают место закономерностям общественно-исторического развития.

Экспериментальные исследования Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, А. Р. Лурия подтвердили эти положения Л. С. Выготского и доказали несостоятельность «редукционистского» подхода к пониманию

нарушения человеческой психики. Так, например, А. Р. Лурия доказал, что не всегда при психических расстройствах в первую очередь страдают более поздние и сложные психические функции. Нередко нарушаются именно элементарные сенсомоторные акты, и это создает основу для формирования сложной картины болезни. Отождествление психики больных людей с психикой детей определенного возраста также не нашло экспериментального подтверждения. В этом случае можно говорить лишь о внешней аналогии, тогда как структура и механизмы протекания психических процессов взрослых больных существенно отличаются от детской психики. На примере нарушения навыков чтения, письма у больных пожилого возраста с различными психическими нарушениями (сосудистыми заболеваниями, болезнью Альцгеймера) С. Я. Рубинштейн выявила существенные различия в распаде этих форм психической деятельности и не обнаружила механизмов действия, напоминающих определенный этап развития этих навыков у ребенка.

К такому же выводу приводит анализ различных форм нарушения мышления. Суждения больных с грубым органическим поражением ЦНС (органическая деменция) действительно напоминают суждения детей дошкольного возраста, так как в них доминируют непосредственные, конкретно-ситуативные представления о предметах и явлениях. Но эта аналогия является только внешней. Мышление слабоумного больного качественно отличается от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной утрачивает способность овладевать новой системой знаний, при этом у него может в определенной степени сохраняться прежний багаж информации. Ребенок же, даже мало знающий, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Другими словами, психологический анализ клинического материала подтверждает тезис о том, что развитие и распад психики не являются негативными аналогами. В основе развития и распада психики лежат различные механизмы. Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не повторяют закономерностей развития психики. Как известно, психическая деятельность, высшие психические функции формируются прижизненно на основе общественно обусловленных временных связей в процессе обучения, воспитания и общения, т. е. психическое развитие обусловливается в первую очередь социальными факторами, тогда как распад психики — биологическими. Таким образом, психологический анализ различных форм нарушений деятельности психически больных является ценным материалом, который должен учитываться при построении общепсихологической

теории, особенно при изучении вопросов о сущности, природе психического и о механизмах психического развития.

2.5. Задачи патопсихологии в клинике

Патопсихология, как отрасль клинической психологии, возникла по запросу медицины, и поэтому наиболее полно она проявляет свои практические возможности именно при решении ряда специфических задач, которые встают перед ней в психиатрической клинике. Надо отметить, что патопсихолог, исследуя закономерности распада психической деятельности и используя для этого психологические методы (в первую очередь — эксперимент), не имеет права на постановку клинического диагноза, не может принимать решения о характере проводимого лечения. Это является полностью прерогативой врача. Но психолог в психиатрической клинике является одним из главных помощников психиатра, при этом он в своей работе не подменяет деятельность врача, а дополняет и, в известной мере, облегчает ее. К основным задачам патопсихологического исследования в психиатрической клинике В. М. Блейхер и его сотрудники относят следующие шесть:

1. Получение данных для диагностики.
2. Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией.
3. Участие в экспертной работе.
4. Участие в реабилитационной работе.
5. Участие в психотерапии.
6. Исследование недостаточно изученных психических заболеваний.

Хотя все эти задачи по-своему важны для оказания практической помощи клиницистам, наиболее часто в психиатрическом стационаре патопсихологу приходится решать первую из них. *Получение дополнительных данных о психическом состоянии больного* (об особенностях его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом) является одной из важнейших задач практической патопсихологии. Данные экспериментально-психологического исследования (которые относят к разряду параклинических) являются вспомогательными. Наряду и в сопоставлении с данными клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами лабораторных исследований (например, анализов крови, спинномозговой жидкости, томографии и др.) эти данные помогают врачу при решении вопроса о диагнозе заболевания. Данные патопсихологического исследования, не являясь

единственным основанием для постановки клинического диагноза, позволяют выявить многие признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь.

Чаще всего данная задача ставится перед патопсихологом в двух наиболее сложных для клинической диагностики ситуациях: в ситуации постановки дифференциального диагноза и в случае, когда необходимо выявить признаки психического заболевания на ранних этапах его развития (или, наоборот, в отдаленный период). Многие психические расстройства имеют сходную клиническую симптоматику, при этом их природа может быть недостаточно ясна. В этом случае данные клинического наблюдения и беседы, а также лабораторные исследования не могут в полной мере стать основанием для постановки нозологического диагноза. Такая проблема наблюдается, например, при необходимости отграничения легких форм умственной отсталости (дебильности) от задержек психического развития церебрально-органического генеза, когда на первый план в обоих случаях выходит несоответствие уровня умственного развития возрастным нормам. Такие трудности встречаются также при необходимости дифференциальной диагностики между психопатией и психопатоподобными изменениями личности при шизофрении, нейроинфекции. В этих случаях обнаружение в ходе патопсихологического экспериментального исследования специфических нарушений познавательной деятельности и личности, типичных для одного расстройства и не характерных для другого, значительно облегчает решение клинико-диагностической задачи.

В случае ранней диагностики психических расстройств, когда психопатологическая симптоматика еще не до конца сформировалась, бывает довольно трудно определить характер нарушения. Например, в картине заболевания, которое на начальных стадиях протекает по неврозоподобному типу, патопсихолог при специальном исследовании может обнаружить характерные для шизофрении расстройства мышления и эмоциональности. Это облегчает раннюю диагностику атипично дебютирующей шизофрении и дает возможность своевременно начать адекватное лечение. Потребность в уточнении структуры психического дефекта представляется важной и при большой давности болезни, когда у врача нет необходимой информации о психопатологической симптоматике, в которой манифестировало себя заболевание. Так, например, трудной задачей для психиатров является дифференциальная диагностика отдаленных последствий органического поражения ЦНС и некоторых форм течения шизофрении. И в этом случае выявление в патопсихологическом исследовании специфических для шизофрении личностных изменений или

особенностей патологии мышления либо характерных для органики изменений памяти, нарушений подвижности нервных процессов, признаков выраженной истощаемости значительно облегчают врачу задачу постановки клинического диагноза.

Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией является также важной задачей, реализуемой патопсихологом в клинике. В ходе лечения психопатологическая симптоматика претерпевает значительные изменения. Но так как клиницист при анализе динамики заболевания ориентируется в первую очередь на поведение больного, то не всегда удается однозначно определить характер изменений стоящей за этим поведением психики. Например, больной с продуктивной симптоматикой, чтобы избежать дальнейшего неприятного лечения или ускорить срок выписки из отделения, может перестать демонстрировать окружающим наличие у него бредовых идей или галлюцинаций, он может вести себя социально приемлемым способом. При этом сами расстройства могут у него сохраниться, а поведение его в таком случае носит установочный характер. В этих случаях именно многократно проводимое в процессе лечения патопсихологическое исследование, направленное на анализ всех компонентов психической деятельности, может быть объективным показателем влияния терапии на течение болезни, т. е. неоднократное исследование больного однотипным набором методик позволяет установить динамику изменений психики под влиянием лечения и, таким образом, продемонстрировать его эффективность. Системные изменения психики, выявляемые в ходе такой динамической диагностики, также характеризуют особенности наступления ремиссий и структуры формирующегося при этом психического дефекта, если речь идет о процессуальных заболеваниях. Здесь можно выделить два фактора, важных для дальнейшей врачебной тактики: первый — роль структуры психического дефекта в построении последующих реабилитационных мероприятий, второй — известное прогностическое значение определяемого при исследовании состояния психической деятельности больного в связи с лечением.

Еще одной важной задачей патопсихолога является *участие в экспертной работе*. Патопсихологические исследования играют важную роль в проведении судебно-психиатрической, воинской и трудовой экспертизы. Психолог при этом не только предоставляет данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает степень выраженности психического дефекта.

В судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие психического заболевания, например, олигофренического слабоумия, но и уточнить степень его выраженности,

т. к. экспертное заключение имеет значение для принятия судебного решения о вменяемости или невменяемости, о мере ответственности за свои действия и т. п. Однако при проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности психического дефекта. В последнее время психологи все чаще привлекаются к участию в проведении комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз. В рамках психолого-психиатрической экспертизы психиатр дает синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, а психолог — структурно-динамический анализ личности обследуемого. Это особенно важно в случае нерезко выраженных форм психических отклонений.

Судебно-психологическая экспертиза часто проводится по делам несовершеннолетних, даже не имеющих психических расстройств. При этом определяется уровень их познавательной деятельности и характер присущих им индивидуально-личностных особенностей; лишь при такой комплексной оценке можно судить о способности обследуемого сознавать противоправность своих действий и руководить ими.

Надо отметить, что объектом проведения судебно-психологической экспертизы могут выступать не только обвиняемые, но и потерпевшие или свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке достоверности их показаний.

Важную роль играет патопсихологическое исследование в проведении воинской экспертизы, особенно в отношении лиц, имеющих нерезко выраженные формы психических расстройств или психические аномалии. Здесь речь идет о получении дополнительных патопсихологических данных для выявления нерезко выраженных форм олигофрении, проявлений шизофрении (особенно ее простой формы), психопатий, неврозов, резидуально-органических поражений головного мозга. В ряде случае выявление таких расстройств является ограничением для несения воинской службы, в ряде случаев наличие заболевания не является препятствием для выполнения воинской обязанности, а лишь ограничивает сферу воинских специальностей. Например, наличие олигофрении в степени легкой дебильности лишь ограничивает возможности несения воинской службы во вспомогательных частях.

В трудовой экспертизе патопсихолог не только обнаруживает признаки психического заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько в связи с этим снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохранные элементы в его психике, которые могут быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта.

Особую роль приобретает экспертная работа патопсихолога при решении вопросов, специфических для детского возраста. Это в первую очередь касается решения вопроса о возможностях получения образования в условиях массовой или специальной (коррекционной) школы. В этом случае патопсихологическая диагностика, направленная на выявление структуры и степени выраженности интеллектуального дефекта, является составной частью комплексного медико-психолого-педагогического исследования. Патопсихологическая часть исследования позволяет получить более системные и объективные характеристики актуального и потенциального развития ребенка, что снижает степень диагностических ошибок и принимаемых на их основе педагогических решений.

Участие в реабилитационной работе в настоящее время приобретает особое значение. Современная психиатрия много внимания уделяет проблемам реабилитации и ресоциализации больных. Оказание врачебной помощи психически больным людям предполагает не только проведение активной и поддерживающей терапии, но и осуществление мероприятий по восстановлению их социального статуса. От правильно построенных реабилитационных мероприятий зависит также профилактика инвалидизации.

Реабилитационная работа должна строиться с учетом не только нарушенных, но и сохранных сторон психики и личности больного, а также его индивидуальных особенностей. Поэтому клинико-психологическое исследование приобретает особое значение. При этом упор делается на выявлении личностных свойств больного, так как именно личность является субъектом социальных отношений. Личность поэтому изучается как в медико-психологическом, так и в социально-психологическом аспектах. Помимо личностных особенностей самого больного психолог должен изучить «социальный климат», окружающий больного после выписки домой, в лечебных группах, на производстве, выявить имеющиеся у больного трудовые или учебные установки. В соответствии с полученными данными разрабатываются психологические рекомендации, способствующие трудовой и социальной реабилитации больного.

Кроме того, в экспертной работе специалистам достаточно часто приходится сталкиваться с проявлениями установочного поведения, вариантами которого являются симуляция, аггравация и диссимуляция (т. е. имитация болезненного состояния, нарочитое усиление признаков имеющегося заболевания и преуменьшение, сокрытие болезненной симптоматики с определенной целью). В этих случаях особым образом построенная процедура патопсихологического исследования может выявить истинный характер целей деятельности подэкспертного.

Участие в психокоррекции, как и проведение реабилитационных мероприятий, должно проводиться психологом под руководством и по запросу врача-психиатра. В последнее время наметилась тенденция активного включения психологов в проведение психотерапии. К сожалению, вопрос о праве и возможности участия психологов в психотерапии еще недостаточно регламентирован нормативными документами. Бесспорно, клинические психологи должны владеть теоретическими и практическими основами психотерапии в широком смысле слова как процесса целенаправленного психологического воздействия на психику. Но в том случае, когда психотерапия используется как метод лечения болезни (клинико-ориентированная психотерапия), а не как средство изменения личностных установок людей, не страдающих психическими заболеваниями (личностно-ориентированная психотерапия), психолог не имеет профессионального права брать на себя врачебные функции. Поэтому патопсихолог должен выполнять свои собственные задачи психодиагностического и социально-психологического характера и тем самым помогать врачу организовывать психотерапевтический процесс.

Применительно к психотерапии выделяют следующие задачи патопсихологического исследования.

Это, во-первых, участие патопсихолога в диагностике психического заболевания, т. к. от решения этих вопросов зависит объем показаний к психотерапии и выбор наиболее адекватных для данного больного форм ее проведения.

Во-вторых, патопсихологическое исследование способствует обнаружению таких личностных свойств больного, на которые в последующей психотерапевтической работе следует обратить особое внимание. С этой целью используется широкий диапазон личностных методик, что позволяет получить наиболее полное представление о личности больного. При этом должны учитываться не только измененные болезнью личностные свойства, но и сохранные компоненты личности, на которые в первую очередь необходимо опираться при проведении психотерапевтической работы.

В-третьих, психологический эксперимент способствует налаживанию продуктивного контакта с больными, так как дает психотерапевту представление об их интеллектуальном уровне и интересах. Характер интеллектуальной деятельности больного и особенности его мотивации во многом определяют систему построения психотерапевтических мероприятий, влияют на стратегию психотерапии, а также на выбор конкретных методик психотерапевтического воздействия.

В-четвертых, патопсихологическое исследование само по себе несет психотерапевтическую, психокоррекционную нагрузку, т. к. в ходе

решения экспериментальных заданий появляется возможность показать больному известную сохранность его психических функций, которые пациент считает грубо нарушенными, и тем самым подчеркнуть наличие ресурсов для противостояния болезни. Психологическое исследование может быть при этом использовано для изменения самооценки состояния больного и его субъективного прогноза.

Реже всего патопсихологу приходится решать задачу *исследования недостаточно изученных психических заболеваний*. Как правило, такие исследования проводятся в клиниках, работающих на базе научно-исследовательских институтов. Целью таких научных исследований является анализ еще недостаточно изученных психопатологических проявлений тех или иных психических заболеваний. При этом проводится исследование больших групп больных, имеющих сходную психопатологическую симптоматику. Здесь особую роль приобретает статистическая достоверность получаемых данных. Причем решение данной задачи существенно отличается от патопсихологического исследования, направленного на решение вопросов клинико-практического характера. Если в случае решения задач практического характера патопсихолог стремится получить общую и сугубо индивидуальную характеристику протекания психической деятельности у конкретного человека, то при решении теоретических вопросов он выделяет и ставит в центр внимания какой-либо один психический процесс, изучаемый им в специально созданных условиях на большой выборке испытуемых.

ГЛАВА 3.
НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ

3.1. Нарушения ощущений и восприятия

Ощущение и восприятие относятся к сфере чувственного познания и ориентирования в окружающем мире. *Ощущение* — это самый простой психический процесс отражения отдельных свойств и качеств среды при непосредственном воздействии на специфические рецепторы органов чувств физических, химических, механических и других раздражителей. По виду рецепторов различают экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения. *Экстероцептивные ощущения* дают общую информацию о состоянии внешней среды обитания человека. *Интероцептивные ощущения* сообщают о событиях, происходящих внутри организма (иногда их называют висцероцептивными, когда речь идет о сигналах, исходящих от внутренних органов). *Проприоцептивные ощущения* сигнализируют о позиции, местоположении и движении тела или его частей, они отвечают за пространственную ориентацию. Имеются две группы проприоцепторов: вестибулярные и кожно-кинестетические (т. е. находящиеся в коже, мышцах, сухожилиях и суставах). Кроме того, у человека имеется несколько специфических видов ощущения, которых нет у животных: времени, ускорения и вибрации. В норме далеко не все существующие раздражители воспринимаются на уровне ощущений, однако и субсенсорные раздражители (находящиеся за нижним и верхним порогами чувствительности) оказывают влияние на ощущения. В норме пределы субсенсорной области невелики, тогда как у отдельных людей эта область может увеличиваться.

Восприятие есть осмысленный и опосредованный словом процесс отражения совокупности свойств и качеств, который зависит от цели жизнедеятельности. Поэтому восприятие характеризуется активностью, пристрастностью и мотивированностью. Совокупность ощущений в восприятии складывается в виде конструируемого сознанием целостного образа реальности на основе предоставляемой ощущениями информации. Особенностью восприятия является то, что даже

при ограниченной по объему или содержанию сенсорной информации в восприятии конструируется целостный образ предмета или явления. Восприятие представляет собой необходимую предпосылку для анализа и познания окружающего мира, регуляции и контроля поведения, а также оно оказывает влияние на чувства и настроения. Восприятие предполагает взаимодействие самых разных психических процессов: внимания, памяти, мотивационно-эмоциональных и т. п. Таким образом, нарушения на уровне восприятия могут косвенным образом приводить к изменению других психических функций.

В зависимости от того, какой орган чувств принимает преимущественное участие в восприятии, различаются зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное, вкусовое восприятие. Выделяют также сложные формы восприятия, такие, как восприятие пространства, движения и времени.

Содержание образа восприятия зависит от самого воспринимающего субъекта: в нем всегда сказываются особенности личности воспринимающего, его отношение к воспринимаемому, потребности, интересы, устремления, желания, чувства. При восприятии какого-либо предмета активизируются и следы прошлых восприятий. Существенным фактором, влияющим на содержание восприятия, является установка субъекта.

Образы предметов или явлений, существующие в отсутствие самих этих предметов или явлений, называют *представлениями*. Представления выполняют функцию замещения, символизации объектов реальности, поэтому они соотносятся как с несуществующими в реальности предметами и явлениями, так и с существующими в прошлом или будущем.

Функциональная специализация коры головного мозга влечет за собой то, что различные модальности восприятия репрезентируются в различные области коры. При этом внутри специализированных участков имеется дополнительная функциональная специализация. Структурные повреждения или нарушения физиологических механизмов в этих областях приводят к нарушению функций восприятия в соответствующей модальности.

На структурном уровне возникновению расстройств ощущения и восприятия способствуют сосудистые заболевания, травмы, опухоли головного мозга, гипоксия, дегенеративные заболевания (деменции, атрофии).

На уровне нарушения физиологических механизмов расстройства ощущения и восприятия возникают при шизофрении и аффективных расстройствах.

Следует особо оговорить, что невозможно четко разграничить нарушения восприятия и внимания, поскольку внимание является интегральной психической функцией: оно участвует и в восприятии (управляя им), и в когнитивной переработке информации. Однако в диагностике нарушений восприятия можно определить ведущую причину, которая может быть первичной (структурное или функциональное поражение коры) или вторичной (расстройство внимания, аффективной, мотивационной сфер). При нарушении физиологических механизмов нарушения восприятия взаимодействуют с нарушениями внимания, аффективной и мотивационной сфер.

Не всякое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Нарушения возможны при определенных условиях, таких, как временные функциональные нарушения деятельности ЦНС, например, переутомление, а также «зашумленность» внешнего фона восприятия. Патологическими признаются только те расстройства ощущений и восприятия, которые приводят к резкому нарушению познания окружающего и формированию психических расстройств.

Нарушения чувственного познания можно классифицировать по разным основаниям: по *органам чувств* или по *уровню восприятия*.

По органам чувств выделяют зрительные, слуховые, осязательные (тактильные), обонятельные и вкусовые расстройства.

К *зрительным расстройствам* относят:

- снижение или усиление остроты зрения;
- нарушения цветового восприятия;
- искажения пространственного восприятия;
- выпадение отдельных полей зрения;
- нарушения зрительного узнавания (агнозии);
- иллюзии и галлюцинации.

К нарушениям слуха относят:

- нарушения восприятия громкости, высоты, тембра или темпа (ритма) звуков;
- нарушения узнавания шумов и сигналов (слуховая агнозия);
- слуховые иллюзии и галлюцинации;
- интероцептивные шумы (ощущение шума в ушах в отсутствие внешнего раздражителя).

К *тактильным нарушениям* относят:

- расстройства способности локализации очага раздражения;
- расстройства ощущений давления, температуры, влажности, боли;
- нарушения различения внешних признаков объектов;

- иллюзорные ощущения и осязательные галлюцинации;
- восприятия схемы тела.

К нарушениям обоняния и вкуса относят:

- частичную или полную потерю обонятельных или вкусовых ощущений;
- потерю взаимосвязи между определенным запахом и вкусом и типичным для них объектом;
- инверсию привычных запахов и вкусов (приятные запахи или вкусы воспринимаются как отвратительные или наоборот).

По *уровню восприятия* выделяют следующие типы нарушений в сфере чувственного познания (табл. 1):

Таблица 1

Типы нарушений в сфере чувственного познания

На уровне ощущений	Изменение порога чувствительности
	Сенестопатии
На уровне восприятия	Психосенсорные расстройства
	Агнозии
	Иллюзии
На уровне представлений	Галлюцинации

Такая классификация объединяет нарушения функционирования во всех органах чувств по общим для каждого из них признакам, что более удобно для взаимодействия клинического психолога с нозологически мыслящими психиатрами и невропатологами, ориентированными на синдромальный, а не описательный анализ расстройств.

В основе *нарушений ощущений* лежит изменение порога чувствительности: снижение или повышение уровня ощущений по отношению к норме. Снижение порога — гиперестезия — представляет собой усиление восприимчивости, интенсификацию ощущения, что в крайних случаях может приводить к раздражению, несдержанности, гневу, дискомфорту. Повышение порога может проявляться в виде гипестезии или анестезии. Гипестезия — снижение восприимчивости, понижение чувствительности. Анестезия — полная нечувствительность при анатомо-физиологической сохранности (психическая слепота, утрата вкусов, способности распознавать запахи, утрата чувства боли).

Сенестопатии — это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного «Я» (термические ощущения — жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей — пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения и т. д.). Соматические боли в отличие от сенестопатий всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами

и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.

С сенестопатическими нарушениями процесса ощущения в клинической психологии связана *проблема интрацепции* (восприятие внутреннего состояния организма).

В норме интрацептивные раздражители относятся к субсенсорной области психики. Основная масса интрацептивных ощущений связана с болезненными состояниями. Причиной перехода интрацептивных раздражителей в область ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма. Таким образом, эти раздражители выполняют сигнальную функцию, начиная более сильно воздействовать на специфические рецепторы. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно отчетливых интрацептивных ощущений, для которых отсутствуют соответствующие материальные причины.

Первоначально разделения интрацептивных ощущений на истинные и ложные в науке не существовало: Гиппократ и Гален всегда связывали их с заболеваниями внутренних органов, находящихся ниже края реберной дуги — *hypohondrion* («ипохондрия»). *Ипохондрией* в клинической психологии называют *представление* человека о наличии у него заболевания, которое возникает вследствие *сенестопатии* (собственно болезненных ощущений). В XIX в. причиной ипохондрии стали считать нарушения чувствительности нервных рецепторов. Параллельно концепции «нервизма» в качестве причины ипохондрии была выдвинута концепция «психической болезни» — патологического расстройства функции воображения.

Эти две концепции ипохондрии сохраняются до сегодняшнего дня. Последователи концепции ипохондрии как психического расстройства на уровне представлений рассматривают ее как вид галлюцинаций — ложных восприятий своего тела. Современные последователи концепции «нервизма» ищут причину уже не только в периферическом поражении нервных окончаний, но и в расстройстве функционирования специфических участков коры больших полушарий. Они полагают, что в результате функционального ослабления контролирующей (тормозящей) деятельности коры слабые импульсы, идущие от здоровых внутренних органов, пробиваются на уровень осознания и ощущаются как болезненные. Функциональное ослабление корковых процессов возбуждения и торможения, как полагают, развивается вследствие временного патологического импульса со стороны внутреннего органа, который вызывает в коре формирование

ответной реакции в виде стойкого доминирующего очага возбуждения и, соответственно, физиологической готовности к интрацептивным ощущениям. Таким образом, на психологическом уровне расстройства ощущений ипохондрического типа оказываются связанными с нарушениями восприятия своего тела. Интрацептивные сигналы начинают оцениваться как источник угрозы для личности, что формирует соответствующий эмоциональный фон — повышенную тревожность. Обе концепции имеют равную доказательную силу, поэтому в клинической психологии можно встретить разделение ипохондрии на *психогенную* и *органическую*.

Психогенные ипохондрические расстройства возникают тогда, когда вследствие определенной психотравмирующей ситуации у человека оскудевают социальные связи, т. е. сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме наше сознание ориентировано на влияния внешней среды, тогда как при ипохондрии оно переключается внутрь. И человек страдает не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из необычности ощущений.

Органические ипохондрические расстройства могут быть связаны с нарушением в деятельности нервной системы на периферическом, стволовом и кортикальном уровнях.

На *периферическом уровне* происходит изменение активности рецепторов вегетативной нервной системы, и раздражения, исходящие из внутренних органов, вызывают множество подпороговых суммирующихся импульсов, что приводит в возбуждение подкорковые узлы. Под влиянием перевозбуждения в таламусе и диэнцефальных системах происходит изменение самоощущения и восприятия тела. И затем в патологический процесс вовлекается кора.

На *стволовом уровне* первично поражаются стволовые механизмы передачи нейронных импульсов от рецепторов в кору. В связи с этим развиваются нарушения самочувствия, эмоций, восприятия интрацептивных импульсов. На первое место выходит повышенная тревожность, человека начинают беспокоить навязчивые нозоманические идеи.

На *кортикальном уровне* первично поражаются корковые системы (скорее всего — височно-базальные), что выражается в изменении субъективной оценки своего состояния (переоценка тяжести), развиваются парестезии.

Далеко не у всех людей с сенестопатиями развивается ипохондрия. И не у всех людей с ипохондрией встречаются сенестопатии. Этот факт трудно объясним в рамках нейробиологической парадигмы,

где считается, что сенестопатии выступают исходным пунктом формирования ипохондрических представлений: сначала сенсорные ощущения, а потом их рационализация. При этом действительно получается, что субъективные представления, переживания и мотивы человека никакого существенного значения в развитии ипохондрического расстройства не имеют. Они якобы только «искажают» или «скрывают» истинную — психофизиологическую — причину нарушения. В рамках же альтернативного нейробиологическому — психологического подхода к психическим нарушениям — следует признать, что расстройства ощущений как личностная и поведенческая (а не биологическая) проблема человека могут быть связаны не столько с нарушением материального субстрата, сколько с фактором активной (а не реактивной) психической организации чувственного познания. Психика не просто воспринимает («отражает») идущие от рецепторов сигналы, она организует сам процесс ощущения и восприятия в соответствии с первоначально заданной субъективной целью взаимодействия с миром. Такой подход открывает новую постановку вопроса возникновения сенсорных психических расстройств как на самостоятельную психологическую, а не только психофизиологическую проблему. Следовательно, разделение психопатологии ощущений на собственно психологическую и физиологическую составляющие методологически бесперспективно, когда речь именно о болезненных (а значит — субъективно воспринимаемых как болезненные) проявлениях сенсорной психики.

В основе расстройств восприятия лежит нарушение процесса идентификации субъективного образа с воспринимаемым объектом (узнавание). В случае психосенсорных расстройств искажается процесс восприятия объекта или его признаков. В случае агнозий затрудняется процесс узнавания воспринимаемых объектов. В случае иллюзий возникающий субъективный образ не соответствует реальному объекту и полностью его замещает.

Психосенсорные расстройства возникают у людей, начиная с дошкольного возраста, и обнаруживаются в двух формах:

1. *Искаженное восприятие объектов внешнего мира*: их величины и размеров, формы, постоянства цветовой гаммы, пространственного положения и устойчивости, количества и целостности; ощущение замедления или ускорения течения времени. Встречаются системные искажения восприятия объектов внешнего мира — *дереализации*. При дереализациях реальный мир представляется мертвым, нарисованным, неестественным; человек может отмечать необычное восприятие освещенности, цветовой раскраски.

Мир представляется как во сне. Дереализации обычно возникают не раньше возраста 6–7 лет.

2. *Искаженное восприятие собственного тела*: нарушения схемы тела, положения его частей, веса, объема и т. д. Системные искажения восприятия собственного тела называются *деперсонализацией*. При деперсонализации человек убежден в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменилось, но объяснить конкретно, как изменилось, он не может. При изменении восприятия телесного облика говорят о соматической деперсонализации. Она проявляется в чувстве измененности, отчужденности или отсутствия частей тела или внутренних органов, а также их функций. Если больной ощущает изменения своего психического «Я», говорят об аутопсихической деперсонализации. Она проявляется в виде недостаточной отчетливости восприятия больным процессов мышления, памяти, чувств и собственно восприятия. Чувство измененности восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением восприятия в данный момент с воспоминаниями о прежнем восприятии. Синдром соматической и аутопсихической деперсонализации длительно существует при психических расстройствах и редко встречается у детей младше 10–12 лет.

Возникают психосенсорные расстройства обычно эпизодически (от нескольких секунд до нескольких минут) и обычно сопровождаются чувством страха. Соматические и аутопсихические деперсонализации при психических расстройствах могут существовать длительно. Распад целостности образа восприятия может быть столь выраженным, что становится невозможным узнавание объектов. В этом случае говорят об *агнозиях*.

Агнозии — затруднения узнавания предметов и звуков — связаны с нарушениями процесса синтеза (обобщения) признаков в процессе конструирования целостного образа реальности. В целом агнозии связаны с изменениями смысловой стороны восприятия. Они развиваются вследствие поражений коры головного мозга и ближайших подкорковых структур (вторичных и третичных зон слухового, зрительного и тактильного анализаторов). Чувствительность сохраняется, а способность к анализу и синтезу информации утрачивается. Обычно агнозии имеют длительный затяжной характер (длятся от нескольких недель до нескольких лет).

Соответственно органам чувств выделяют зрительные, тактильные и слуховые агнозии.

Зрительные агнозии подразделяются на:

- тотальную агнозию (неузнавание предметов или их изображений);

- симультанную агнозию (узнавание предметов и их изображений, но неузнавание изображения ситуации, в которой участвуют эти предметы);
- агнозию цвета (человек различает цвета, но не узнает цвет предметов) и шрифтов (пишет, но не может прочитать);
- пространственную агнозию (нарушение ориентировки в пространственных признаках изображения);
- лицевую агнозию;
- географическую агнозию (неузнавание маршрута или местности).

Тактильная агнозия выступает в виде:

- астереогнозии (предметы не воспринимаются на ощупь, не распознается материал, из которого они состоят, — агнозия текстуры, или агнозия пальцевая, когда не идентифицируются пальцы рук);
- соматогнозии (не узнается схема своего тела).

Слуховая агнозия связана с нарушением узнавания знакомых звуков (например, одна из разновидностей слуховой агнозии — амузия — неузнавание музыкальных звуков).

Следует различать истинные агнозии и псевдоагнозии. Псевдоагнозии имеют дополнительный элемент, которого нет в агнозиях: диффузное, недифференцированное восприятие признаков. Псевдоагнозии возникают при серьезных интеллектуальных нарушениях — деменциях. Дело в том, что восприятие, освобожденное от организующей функции мышления, становится рассредоточенным: несущественные признаки предметов могут становиться в центре внимания, что и приводит к неправильному узнаванию (лошадь воспринимается как птица, потому что уши стоят торчком, а на то, что лошадь впряжена в телегу, внимание не обращается). При псевдоагнозиях также страдает ортоскопичность: перевернутые предметы уже не воспринимаются, тогда как показанные в прямой экспозиции — узнаются.

Иллюзии (от лат. *illusio* — ошибка, заблуждение) — это неадекватное отражение воспринимаемого объекта, несоответствие субъективного образа реальному предмету. Различают аффективные, вербальные, слуховые, тактильные, обонятельные и зрительные иллюзии (парейдолии и псевдопарейдолии). Чаще встречаются зрительные и слуховые иллюзии, а у детей по сравнению со взрослыми чаще встречаются зрительные иллюзии. У психически здоровых людей при определенных условиях также могут наблюдаться такие ошибки восприятия, как иллюзии. Это так называемые физиологические иллюзии. Примером их являются миражи в пустыне, голоса, слышимые в шуме ветра, и т. д. Известны также оптические иллюзии в восприятии величины, формы, удаленности предметов, основанные на законах физики.

Аффективные иллюзии — это иллюзии любых органов чувств, возникающие под влиянием сильных эмоций (страх, гнев) при наличии слабого специфического раздражителя (слабая освещенность, слышимость) и с признаками астении. Содержание такой иллюзии всегда связано с ведущим аффектом.

Вербальные иллюзии представляют собой искажения слухового восприятия, когда, например, вместо нейтральных звуков и шумов, обрывков речи человек «слышит» осмысленную, целостную речь (чаще всего брань, угрозы, осуждение, но не обязательно). Вербальные иллюзии можно перепутать с другим психическим расстройством — бредом, однако при бреде человек слышит и пересказывает реальные фразы, вкладывая в них иное содержание, иной контекст. Здесь же человек «слышит» то, чего на самом деле не говорят. Вербальные иллюзии связаны с тем, что отдельные слуховые раздражители «конструируются» сознанием в осмысленную речь — целостный слуховой образ, содержание которого целиком определяется актуальным состоянием человека.

Слуховые иллюзии связаны с искаженным восприятием силы звука (звук кажется более громким), расстояния до источника звука (источник звучания воспринимается ближе или дальше реального источника звука), ритма звучания.

Тактильные иллюзии связаны с неадекватным восприятием силы тактильного ощущения (при соответствующей психологической установке любое, даже нейтральное прикосновение вызывает боль). К тактильным иллюзиям относятся парестезии — восприятие нейтрального тактильного ощущения как щекотки, зуда, жжения или ощущения того, что по телу ползают насекомые или змеи (этот вид парестезии называют формикацией — от лат. *formica* — муравей). При тактильных иллюзиях также могут нарушаться восприятие размера, формы, положения конечности, движения тела. К тактильным иллюзиям относится и так называемый синдром «чужой руки», когда своя собственная часть тела воспринимается как чужая

Обонятельные или *вкусовые иллюзии* проявляются в форме субъективного изменения (инверсии) качества ощущений (сладкое кажется кислым, благовоние ощущается как зловоние).

Зрительные иллюзии (или иначе — *парейдолии*) представляют собой восприятие отдельных, не связанных между собой зрительных ощущений целостными, осмысленными образами. К зрительным иллюзиям также относится искаженное восприятие пространственных, цветовых, количественных (например, два или три вместо одного предмета) характеристик. Парейдолические иллюзии обычно возникают

при сниженном тонусе сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком.

Если эти иллюзорные образы дереализуются (т. е. появляется чувство искусственности в сочетании с бредовым толкованием), то такое расстройство называется *псевдопарейдолиями*.

Следует отметить, что наличие отдельных иллюзий в изолированном виде не является признаком психического заболевания, а лишь свидетельствует об аффективной напряженности или переутомлении. Только в сочетании с другими расстройствами психики они становятся симптомами определенных расстройств. Если иллюзорное восприятие является проявлением психического расстройства, говорят о патологических иллюзиях. Основным отличием физиологических иллюзий от патологических является коррегируемость и критичность больного к их содержанию. В таких случаях изменение условий восприятия (улучшение освещенности или изменение функционального состояния ЦНС), а также включение воспринимаемых образов в предметную деятельность приводят к тому, что человек обнаруживает свою ошибку и иллюзия разрушается. При патологических иллюзиях критичность больного к их содержанию, еще имеющаяся на начальных этапах развития болезни, снижается, иллюзии носят стойкий характер, их интенсивность снижается только по мере позитивного изменения болезненного состояниях в ходе лечения и ремиссии.

Физиологические особенности мозговых процессов у детей и психологические особенности их восприятия способствуют тому, что иллюзорные расстройства восприятия возникают у них довольно часто. В детском возрасте иллюзии наблюдаются при инфекционных заболеваниях и интоксикациях. Возможно также появление их у детей, страдающих неврозами, психопатией, эпилепсией, шизофренией и др. Иллюзии могут регистрироваться даже в раннем возрасте, начиная с 1,5–2 лет у детей, способных к вербализации собственных переживаний. Иллюзии, как правило, связаны с различными эмоциональными реакциями, которые зависят от содержания иллюзорных образов, но чаще всего эти эмоции бывают отрицательными.

Галлюцинациями называют представления, воспринимаемые как реальные объекты (иными словами, это восприятие того, чего на самом деле нет в актуальной реальности как реально существующего или действующего). При галлюцинациях человек не может отделить свое представление (субъективный образ реальности) от восприятия реальности. Если иллюзии могут встречаться и у психически больных, и у здоровых людей, то наличие галлюцинаций всегда свидетельствует о тяжести психопатологической симптоматики. Галлюцинации относят

к позитивной психопатологической симптоматике, которая встречается при психозах. Галлюцинаторные образы могут быть единичными и множественными. Они могут быть сюжетно связаны друг с другом. Они могут быть также простыми и сложными. При простых, элементарных галлюцинациях больные видят отдельные вспышки света, слышат отдельные шумы, шорохи. Простые галлюцинации возникают в одном анализаторе. При сложных галлюцинациях (в их формировании участвуют два и более анализаторов) галлюцинаторные образы являются содержательными: больные видят различные одушевленные и неодушевленные предметы, фантастических существ, слышат связную содержательную речь, музыку и т. п.

Существуют истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. При истинных галлюцинациях галлюцинаторный образ, как и при обычном восприятии, проецируется в окружающую среду и оценивается больным как объект действительности. Образы истинных галлюцинаций настолько ярко чувственно окрашены, что критика к ним полностью отсутствует, поэтому больные действуют в соответствии с их содержанием, вступают с ними в контакт.

При псевдогаллюцинациях человек в состоянии отделить свое субъективное представление от восприятия объективной реальности. Человек признает, что его образы имеют дереалистический характер, т. е. он осознает их как нечто аномальное, ненастоящее. Нередко псевдогаллюцинаторные образы воспринимаются как навязанные, чужие. Тогда у человека развивается чувство воздействия со стороны, навязывания образа (синдром Кандинского — Клерамбо). Псевдогаллюцинации также характеризуются тем, что ложные ощущения проецируются в субъективное, а не во внешнее пространство (например, «голоса» внутри головы, которые воспринимаются как чужие, не свойственные самой личности).

Различают зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые галлюцинации. Чаще всего встречаются зрительные и слуховые галлюцинации (у детей преобладают зрительные галлюцинации, а у взрослых — слуховые).

Зрительные галлюцинации заключаются в ложном зрительном восприятии несуществующих (не видимых для других людей) объектов или сцен. При этом человек уверен в том, что эти объекты или сцены не есть только лишь продукт его сознания, поскольку они воспринимаются им как реально существующие.

Слуховые галлюцинации заключатся в том, что человек слышит несуществующие звуки. При простых слуховых галлюцинациях слышится бормотание, капающая вода, шепот, тиканье часов, шаги,

хлопанье в ладоши. При сложных слуховых галлюцинациях человек слышит мелодии, музыку, голоса других людей.

К тактильным галлюцинациям причисляют феномен редупликации частей тела (ощущение фантомных частей тела, например, удаленных после хирургического вмешательства) или всего тела (ощущение фантомного телесного «двойника», как своего собственного, так и других людей — например, ощущение, что кто-то лежит рядом или кто-то другой навалился сверху).

Галлюцинации обоняния и вкуса связаны с восприятием несуществующих запахов и вкусов.

Существуют возрастные особенности проявления галлюцинаций. У детей чаще возникают элементарные галлюцинации при измененном сознании, хотя возможно их появление и на фоне ясного сознания. В дошкольном возрасте чаще встречаются зрительные галлюцинации, персонажами которых выступают герои сказок, мультфильмов. При этом зрительные образы, как правило, фрагментарны (дети видят отдельные части фигуры — лицо, лапу и т. п.). Псевдогаллюцинации, особенно слуховые, редко появляются у детей младше 10–12 лет. Более часто в детском возрасте встречаются галлюцинации воображения. Они возникают спонтанно на фоне образных представлений, фантазий и являются как бы продолжением этих актуальных для больных представлений. Распространенным вариантом галлюцинаций воображения является феномен «оживления» неодушевленных предметов — картин, игрушек и т. п.

Гипнагогические галлюцинации, которые наряду с галлюцинациями воображения и псевдогаллюцинациями относят к незавершенным, также встречаются у детей чаще, чем истинные галлюцинации. Под гипнагогическими галлюцинациями понимают спонтанно возникающие при засыпании преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз или во внешнее неосвещенное пространство при открытых глазах. Их содержание может воспроизводить отдельные впечатления и образы, воспринятые ребенком в течение дня. Подобные галлюцинации нередко наблюдаются у здоровых, особенно впечатлительных детей, детей с ярко выраженным эйдетизмом. Патологические гипнагогические галлюцинации не связаны с образами повседневных впечатлений, необычны, нередко фантастичны и сопровождаются аффектом страха.

Принято считать, что галлюцинации, в отличие от иллюзий, возникают в отсутствие реального раздражителя. Субъективно они ничем не отличаются от непатологических образов реальности, т. е. всегда воспринимаются как внешние события, которые имеют выраженную

чувственную окраску. Проецирование вовне, яркая чувственность, а также непроизвольность возникновения (неподконтрольность) делают невозможным для человека отличение реального образа от галлюцинации.

В клинической психологии существуют различные теории, объясняющие возникновение галлюцинаций. Исторически первая теория основывается на павловской интерпретации физиологии высшей нервной деятельности и рассматривает галлюцинации как результат интенсификации представлений (при усилении тормозных процессов представления как физиологически более слабый раздражитель начинают проецироваться вовне и приобретать черты восприятия). Вторая концепция трактует галлюцинацию как следствие поражения локальных участков коры головного мозга. Согласно третьей теории, галлюцинация — это продукт нарушения деятельности нейронных рецепторов.

В настоящее время достоверно установлено, что галлюцинации возникают как после структурных повреждений головного мозга (вторая теория), так и при нарушениях физиологических процессов в коре головного мозга (третья теория). Галлюцинации возникают в результате поражения структур или физиологических механизмов высшей нервной деятельности, в которых происходит переработка и кодирование информации. Изменение биохимии мозга в результате нарушения локального кровообращения или действия токсичных веществ, потеря афферентного потока информации из-за повреждения периферических отделов системы восприятия — все это приводит к появлению галлюцинаций, которые фактически замещают утраченную информацию о реальности, восстанавливая или сохраняя целостность ее образов в сознании. Возникновению галлюцинаций способствует обособление нейронной активности: те механизмы центральной нервной системы, которые «ответственны» за зрение, слух, речь, осязание, обоняние и вкус, при блокировании или изменении соответствующего афферентного потока начинают самостоятельно продуцировать схожие образы с целью сохранения целостного и осмысленного восприятия реальности. Из-за отсутствия возможности сличения реального и продуцируемого образов реальности субъективная реальность начинает восприниматься как «подлинная» и конкурировать с последней или даже доминировать над ней. Нарушение коркового контроля за продукцией образов реальности может вызвать дисбаланс между концептуализирующими и исправляющими механизмами высшей нервной деятельности, что приводит к ложным восприятию, истолкованию и оценке впечатлений.

Сторонники четвертой концепции, выдвинутой С. Я. Рубинштейн, считают, что галлюцинации формируются в условиях затрудненного восприятия (мозг «достраивает» образ из слабоулавливаемых сигналов). Дело в том, что даже у здоровых людей в условиях затруднения психической деятельности возникают иллюзии и даже галлюцинации (в барокамерах, в изоляции, у слабовидящих и слабослышащих). Слабоулавливаемые сигналы вызывают усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, при этом запускается процесс создания образа из этих сигналов.

Вообще же следует иметь в виду, что под влиянием сильного перенапряжения галлюцинации могут возникать на непродолжительное время и у здоровых людей, поэтому они не всегда имеют болезненный характер. Следовательно, далеко не в каждом случае галлюцинации следует причислять к разряду патологических феноменов.

3.2. Нарушения произвольных движений и действий

Моторные расстройства можно разделить на органические и психогенные двигательные расстройства. При органических двигательных расстройствах патологические изменения происходят в костно-мышечной и нервной системах организма. Психогенные двигательные расстройства имеют функциональный характер и определяются действием психологического фактора. Нарушения произвольных движений и действий связаны с расстройством функции инициации и расстройствами выполнения.

Произвольное движение инициируется намерением или замыслом человека (целью). Намерение или замысел приводят к обращению за находящимися в памяти специфичными для ситуации двигательными программами (план действия) или запускают процесс формирования адекватной оригинальной программы (если подходящая модель в памяти отсутствует). Выбор программы (плана) осуществляется согласно ситуативным критериям.

Нарушения волевой регуляции действий и движений составляют основу всех рассматриваемых расстройств, поскольку существенным признаком произвольного акта является целенаправленное приложение усилий для его реализации согласно выбранному плану. В случае нарушения произвольной стороны моторики речь идет об обособлении цели как организующего компонента действия и самого действия, которое не вписывается в контекст ситуации его осуществления и выглядит лишенным смысла, «странным». На этапе инициации нарушения

произвольных движений часто связаны с тем, что в нужный момент, когда возникает намерение (цель) осуществить движение, блокируется доступ к соответствующей моторной программе: она становится недоступной. В результате цель не реализуется с помощью необходимых для ее выполнения движений. При этом, когда цель не становится намерением (т. е. не осознается), действия, необходимые для ее осуществления, могут быть выполнены. Но при малейшем волевом усилии (например, в случае просьбы совершить только что осуществленное действие) выполнить его становится невозможно.

Другим вариантом расстройства инициации действия, напротив, является непроизвольное (автоматическое) совершение таких движений или действий, которые в норме являются не автоматическими (рефлекторными), а произвольными. При этом из программы выпадает цель совершения произвольного движения или действия, оно становится неадекватным ситуации, в которой осуществляется движение или действие. Примером непроизвольной инициации двигательной программы могут служить тики.

Тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее ограниченные группы мышц) или действие, которое начинается внезапно и явно бесцельно. Помимо двигательных тиков существуют вокальные тики. И двигательные, и вокальные тики бывают простыми и сложными. Простые двигательные тики состоят из подмигиваний, пожиманий плечом, гримасничания. Сложные двигательные тики могут проявляться в виде покалачивания себя, подпрыгивания и скакания. Простые вокальные тики проявляются в виде покашливания, лая, фыркания, шмыгания носом и шипения. Сложные вокальные тики заключаются в повторении или выкрикивании слов, иногда непристойного содержания (копролалия), или в повторении только что произнесенных собственных звуков или слов (палилалия).

У детей в возрасте 4–5 лет могут встречаться преходящие тики, что само по себе является не расстройством, а крайним вариантом возрастной нормы развития. Патологическими можно считать хронические тики, нарушающие процесс социального взаимодействия человека. Среди болезненных тиков особое место занимает *синдром Жиля де ля Туретта*. Этот синдром представляет собой сочетание множественных двигательных и вокальных тиков. Наиболее часто такое расстройство произвольных движений и действий возникает в детском или подростковом возрасте. При этом ребенок вполне осознает всю неадекватность своего поведения, но периодически испытывает с трудом сдерживаемое стремление к совершению подобных действий.

Как правило, тики могут быть самопроизвольно подавлены на короткий промежуток времени, после чего опять возникает позыв к совершению бессмысленных действий.

В большинстве случаев тики имеют психогенное происхождение: они часто сопровождают эмоциональные нарушения и задержки психического развития. Обострение тиков связано с действием стрессовых факторов.

В отличие от неврологических нарушений, тики как психологическое нарушение отличает легкость, с которой они могут быть спровоцированы или подавлены, внезапность приступа и его быстрая динамика, исчезновение симптомов во время сна. Неритмичность отличает тики от стереотипных повторяющихся действий, характерных для аутизма или умственной отсталости. В отличие от навязчивых движений, тики не определяются сознательно поставленной целью.

Третьим вариантом расстройства функции инициации произвольных действий и движений является утрата способности выбирать (формировать) адекватный план (программу) действия. Человек не может выбрать необходимый план действия, в результате чего поставленная цель не достигается. Причиной этого является нарушение внимания.

Внимание представляет собой не столько самостоятельный психический процесс, сколько состояние различных когнитивных процессов, которое заключается в их направленности на определенные объекты и явления, имеющие для личности значимость в конкретный момент деятельности. Основными параметрами нарушения функции внимания являются:

- нарушения направленности (избирательности);
- нарушения концентрации (устойчивости) — отвлекаемость;
- нарушения интенсивности (непрерывность) — истощаемость;
- нарушения объема;
- нарушения распределения и переключаемости.

Рассеянность внимания — это нарушение способности длительно сохранять направленность на актуально необходимый для реализации цели действия предмет. Для произвольного движения или действия важно, чтобы восприятие ситуации было избирательным, направленным и достаточным по времени (устойчивым), чтобы несущественные для достижения цели стимулы окружающей среды не инициировали излишних и ненужных моторных программ. Нарушение направленности связано с неспособностью выбрать наиболее адекватный для реализации цели предмет.

Истощаемость внимания представляет собой прогрессирующее ослабление интенсивности (непрерывности) внимания в процессе работы

при изначально высокой способности к концентрации. При этом страдает поглощенность действием. Если вначале внимание может быть осознанно направлено на ситуативно значимый стимул, то через некоторое время он перестает отделяться от других, незначимых для действия стимулов, человек начинает отвлекаться, включаются другие программы действий и движений.

Сужение объема внимания — уменьшение количества информации, которую человек может запомнить или переработать за короткий промежуток времени. Например, когда учитель что-то объясняет, то одни ученики могут воспринять (т. е. понять и запомнить) один объем информации из его речи, а другие — значительно меньший.

Тугоподвижность внимания — затруднения переключения с одного объекта на другой.

Утрата способности к выбору необходимой программы действия, вызванная нарушениями функции внимания, может проявляться в виде гиперактивности, несдержанности, неконтролируемых двигательных реакций в ответ на внешние стимулы.

Сочетание в поведении детей *невнимательности, гиперактивности* и *импульсивности* характеризуется как *гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ)*. Оно характеризуется ранним началом — обычно в первые пять лет жизни ребенка. Гиперактивность является специфическим признаком расстройства. Просто невнимательность без проявления гиперактивности и импульсивности свидетельствует о других расстройствах поведения ребенка.

Поведение ребенка с ГРДВ характеризуют следующие *признаки:*

- часто возникающее рассредоточение внимания при выполнении заданий или во время игры, совершение «легкомысленных» ошибок в учебе (например, знает правило, но пишет с ошибками);
- неспособность слушать собеседника (из-за частой отвлекаемости);
- «непослушание», не имеющее цели осознанного противостояния родителям или педагогам (неспособность выполнять указания, школьные задания, домашнюю работу, цель и задачи которых ребенок понимает, но не достигает);
- неспособность организовать свою деятельность;
- неохотное выполнение задач, которые требуют продолжительных умственных усилий;
- частые потери предметов, необходимых для выполнения заданий;
- частая отвлекаемость под влиянием сторонних стимулов;
- забывчивость;
- неусидчивость;

- суетливость и неугомонность, не соответствующие ситуации;
- неспособность к спокойным играм или проведению досуга;
- стремление часто и много говорить взахлеб, «заведенность»;
- частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца;
- нетерпение при ожидании своей очереди;
- частое стремление перебивать или вторгаться в чужие дела.

Перечисленные признаки не постоянно присущи поведению детей с ГРДВ. В определенное время или в некоторых ситуациях они ведут себя совершенно нормально. Эта непоследовательность часто вводит родителей и педагогов в заблуждение относительно того, что дезорганизованное поведение ребенка связано с его «невоспитанностью» и баловством. Возникает иллюзия, что будто бы достаточно просто заставить ребенка прикладывать больше усилий к эффективному выполнению заданий, ограничить его жесткими рамками (например, пока не сделаешь правильно — не пойдешь гулять). Однако ни сверхусилия со стороны ребенка, ни ужесточение воспитания, как правило, не приводят к результату. Наоборот, такое отношение к ребенку с ГРДВ, обвинения его в невнимательности вызывают у него страдание, снижение самооценки, чувство безнадежности и серьезно осложняет взаимоотношения с окружающими.

Дети с ГРДВ представляют особую проблему для школы с ее основным требованием к контролю и самоконтролю поведения. По сути, это проблема несоответствия индивидуальных психических особенностей детей школьной среде, которая создается без учета этих особенностей на основе идеальных представлений педагогов о детях и задачах их познавательной и досуговой деятельности. Поэтому причиной гиперактивного расстройства с дефицитом внимания поначалу считали недостаточную (ущербную) социализацию («педагогическую запущенность», «неразвитость морального контроля», «волевую слабость») ребенка. Альтернативной концепцией возникновения ГРДВ стала теория «минимальной мозговой дисфункции» (ММД), объясняющая проблемы поведения незначительными повреждениями мозга. Теория минимальной мозговой дисфункции, возникшая в сороковых годах XX в., в настоящее время подвергается сомнению, поскольку она может объяснить лишь незначительный процент случаев возникновения ГРДВ. Согласно современной биопсихосоциальной модели болезни, ГРДВ возникает в результате сочетания нейрофизиологических и социальных факторов развития ребенка. К нейрофизиологическим особенностям относится нестандартная структура и размер лобно-базальной зоны мозга, отвечающей за внимание и программирование реакций, а также пониженный

метаболизм глюкозы в тех отделах мозга, которые тормозят импульсы и контролируют внимание. Специфическая активность, вызываемая нейрофизиологическими индивидуальными особенностями психики ребенка, проявляется в семейной и школьной среде, в которой не ожидается такое проявление активности. Возникающие на этой почве конфликты и повышенное внимание к «нестандартности» поведения ребенка усиливают остроту проявления симптомов ГРДВ до болезненного уровня и провоцируют развитие сопутствующего оппозиционно-вызывающего поведения.

Для гиперкинетического расстройства с дефицитом внимания характерны следующие особенности функционирования внимания:

- направленность (избирательность) и концентрация (устойчивость) внимания не нарушены. Поэтому помещение детей при выполнении учебных заданий в комнату, в которой, казалось бы, не на что отвлекаться, не приводит к позитивным результатам — задания все равно не будут выполняться. Дети с ГРДВ не более отвлекаемы посторонними стимулами, чем другие дети. Они чаще отвлекаются только на очень яркие и привлекательные раздражители, а также чаще обращают внимание на дополнительную информацию, содержащуюся в задании. Например, они могут обратить внимание не на смысл задания — нарисовать что-то со строго определенными характеристиками, а на то, что задание нужно выполнять карандашом;
- значительных изменений объема и распределения внимания при ГРДВ также не отмечается: дети с ГРДВ могут вспомнить такой же объем информации, что и другие дети, легко переключаясь с одного вида деятельности на другой;
- *главный дефицит внимания при ГРДВ* — нарушение интенсивности (непрерывности) внимания, т. е. его истощаемость. Когда ребенку с ГРДВ дают какое-либо неинтересное (с его точки зрения) или повторяющееся задание, выполнение этой работы с течением времени ухудшается, даже если ребенок хорошо мотивирован на ее выполнение или знает о необходимости выполнения задания даже для самого себя. Но и в случае выполнения субъективно интересных заданий, если его выполнение требует длительной концентрации внимания, ребенок с ГРДВ быстро теряет к ним интерес именно вследствие повышенной истощаемости.

Особенности проявления *гиперактивности* при ГРДВ:

- гиперактивность усиливается в тех случаях, когда от ребенка требуют волевого торможения двигательной активности (например, просят сидеть неподвижно, утихнуть и т. п.). Поэтому применение к детям с ГРДВ жестких дисциплинарных мер на самом деле только провоцирует возникновение еще более проблемного поведения.

Проявления импульсивности при ГРДВ могут принимать следующие формы:

- познавательная импульсивность (поспешное, дезорганизованное мышление);
- поведенческая импульсивность (действия без учета последствий, непосредственные реакции на ситуацию).

Познавательная импульсивность может проявляться в том, что ребенок стремится быстро прокомментировать или ответить на вопрос, даже не дослушав или не поняв его, выполнить задание, не обращая внимания на существенные для его выполнения стороны (если задание сложное или многозначное). Поведенческая импульсивность может проявляться в том, что ребенку трудно удержать себя от искушений и соблазнов, связанных с субъективно сильными стимулами (желаниями), даже осознавая ущерб собственному благополучию, который может нанести следование этим соблазнам.

Выделяют три типа детей с ГРДВ:

- преимущественно невнимательный тип;
- преимущественно гиперактивно-импульсивный тип;
- смешанный тип.

У детей с ГРДВ преимущественно невнимательного типа, несмотря на наличие гиперактивности, больше бросаются в глаза следующие характеристики: они рассеянны, легко путаются, медленно соображают, с трудом вспоминают, часто бывают тревожными и озабоченными, робкими, забитыми, играют роль «отверженных» в классе.

У преимущественно гиперактивно-импульсивных детей с ГРДВ на первый план по сравнению с невнимательностью выдвигаются проблемы, связанные с торможением и стабильностью поведения. Они более агрессивны, вызывающи и оппозиционны, их часто выгоняют из класса или из школы, ошибочно переводят в классы для коррекционного обучения.

Помимо основных нарушений у детей с ГРДВ возникают сопутствующие изменения когнитивных, речевых и эмоциональных процессов.

Расстройство когнитивных процессов связано с истощаемостью внимания, которая приводит к дезорганизации мыслительных процессов, специфике функционирования оперативной памяти, неспособности прогнозировать результат своей деятельности. Дети с ГРДВ имеют нормальный и высокий интеллект, однако они не могут полностью использовать имеющийся у них потенциал в ситуациях, требующих усидчивости и непрерывности внимания в течение продолжительного времени.

Расстройство речевых процессов проявляется в трудностях использования речи в повседневных ситуациях из-за чрезмерной, неуправляемой говорливости и повышенной громкости речи, неожиданных скачков с одной темы разговора на другую. Речь детей с ГРДВ путаная, часто с пропусками «лишних» местоимений. Они не учитывают того обстоятельства, что их собеседник может не знать контекста или предшествующих обстоятельств события, о котором они хотят ему рассказать, поэтому часто опускают «лишние», «тормозящие» скорость передачи сути дела подробности.

Нарушения когнитивных и речевых процессов вызывают расстройства научения, особенно чтению и счету.

Изменения в эмоциональной сфере у детей с ГРДВ вызваны нарушениями социального и межличностного функционирования. Из-за своего несоответствия социальным ожиданиям и нормам поведения и связанных с этим конфликтов у них часты проявления депрессии, враждебности, повышенной тревожности.

По мере взросления интенсивность проявления ГРДВ уменьшается, но может сохраняться в течение всей жизни.

Расстройства произвольных движений и действий характеризуются нарушениями управления, регуляции и координации при их выполнении.

Нарушения управления движениями и действиями связаны с рассогласованием порядка иннервации различных мышц, необходимых для осуществления действия в конкретных условиях. Примером такого нарушения является синдром Паркинсона, обычно развивающийся в позднем возрасте. Для синдрома Паркинсона характерны дрожание конечностей в состоянии покоя или при принятии определенной позы (иногда кажется, будто человек «катает» рукой невидимый «шарик»), шаркающая походка маленькими шажками, замедление произвольных движений.

Нарушения регуляции связаны с повреждениями задней области теменных долей. Они проявляются тем, что человек из-за расстройства зрительно-моторной координации теряет способность схватывать рукой какой-либо объект, поскольку визуальная информация не регулирует движение.

Нарушения координации связаны с тем, что для выполнения произвольного движения или действия возникает избыточная мышечная активность. Примерами расстройств с нарушением координации являются писчий спазм и синдром детской неуклюжести.

Писчий спазм проявляется искажением почерка, вызванным чрезмерным напряжением мышц пальцев, кисти и предплечья или всей руки.

Дети начинают писать, ставя кисть и руку в непривычную, неудобную позицию, прикладывают чрезмерные усилия, чтобы держать ручку, и сильно опираются на стол. Во время письма напряжение возрастает так, что ребенок не может написать больше нескольких слов.

В случае синдрома детской неуклюжести ребенок может быть неуклюж в своей обычной походке, медленно обучается бегать, прыгать, подниматься вверх и спускаться вниз по ступеням. Вероятны трудности в завязывании шнурков на обуви, застегивании и расстегивании пуговиц на одежде, бросании и ловле мяча. Ребенку свойственно ронять вещи, спотыкаться, ударяться о препятствия. Расстройством считается проявление этих признаков в повседневной жизни на уровне, который значительно ниже ожидаемого для определенного возраста и уровня интеллектуального развития.

Причины возникновения расстройств этого типа окончательно не ясны. Но они часто сопровождают гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания.

3.3. Расстройства речи, коммуникативных и учебных навыков

Нарушения функции речи, а также коммуникативных и учебных навыков влияют на то, как дети с нормальным и развитым интеллектом воспринимают словесную информацию, запоминают ее и выражают свои мысли окружающим. Расстройства этих функций в дошкольном возрасте развиваются скрытно и обнаруживаются только с началом школьного обучения. Нередко родители и педагоги считают, что такие расстройства не серьезны по сравнению с явными психическими нарушениями, проблемным поведением или физическими дефектами. Однако невнимание к специфическим затруднениям в использовании детьми речи и письма существенным образом влияет на недоразвитие у ребенка социальных навыков, что в будущем может сказаться на его профессиональных успехах, эффективности выполнения им повседневных обязанностей, а также на межличностных отношениях.

Речь представляет собой исторически сложившуюся практику использования звуков, жестов или знаков для передачи условных символов, имеющих общепринятые смыслы и значения (т. е. слов). Она выступает одновременно и средством общения, и инструментом мышления, и одним из способов волевой регуляции и контроля поведения и деятельности.

Развитие речи основывается на врожденной способности и приобретенной в процессе социализации возможности воспринимать,

учить, хранить, перерабатывать и воспроизводить основные звуки и знаки языка, а также правила их грамматического построения.

Согласно концепции американского психолингвиста Ноама Хомского, в мозге человека имеются специфические структуры, отвечающие за усвоение основных атрибутов речи. В пользу этого тезиса говорит тот факт, что дети во всем мире осваивают язык с одинаковой скоростью, демонстрируя при этом сходные последовательности этапов. Врожденные задатки речи созревают примерно к годовалому возрасту, открывая возможности для развития речи как средства коммуникации в сензитивный период от одного года до трех лет. Восприятие речи ребенком начинается с выделения обращенных к нему звуков и жестов родителей. Когда ребенок постоянно слышит то или иное звуковое сочетание, рецепторы уха стимулируют формирование соответствующих связей и передают их в слуховой центр коры головного мозга. К первому году жизни в слуховом центре формируются специфичные для той или иной речи карты (матрицы) восприятия, и ребенок перестает обращать внимание на звуки, неспецифичные для родного языка.

После того как основные языковые матрицы уже сформировались, у малышей начинает развиваться способность составлять из отдельных звуков целые слова. Поэтому чем больше слов в период от года до трех лет слышит ребенок, тем быстрее у него формируется собственная речь.

У отдельных детей процесс речевого развития отстает от среднестатистической нормы, и они еще долго пользуются для коммуникации жестами и звуками, а не словами. В ряде случаев нарушения речевого развития связаны с затруднениями в поиске адекватных слов для ясного выражения своих мыслей.

Расстройства развития речи представляют собой нарушения нормального процесса речевого развития на ранних этапах. При этих расстройствах не страдает нейрофизиологический механизм.

Основная трудность определения этих расстройств заключается в том, что нормальные дети значительно различаются по возрасту, в котором они впервые начинают говорить слова и отдельные фразы, и по темпу прочного усвоения речевых навыков. Большинство «поздно говорящих» детей в дальнейшем развиваются совершенно нормально.

Хотя речь и связана с мышлением, отставание в развитии речи не следует смешивать с отставанием интеллектуального развития. Только дети с серьезными речевыми расстройствами относятся к группе риска развития интеллектуальной недостаточности. Однако проблемы с речью становятся базой для последующего возникновения расстройств коммуникативных и учебных навыков.

Базовым показателем развития речи ребенка является фонологическая осведомленность. Под *фонологической осведомленностью* понимается:

- возможность различать основные звуки языка;
- возможность распознавать связи между звуками и буквами (знаками);
- знание того, что звуки составляют различные слоги;
- определение ритма и аллитерации речи.

Фонологическая осведомленность связана с развитием экспрессивной речи и выступает необходимым условием формирования навыков чтения. Поэтому дефицит фонологической осведомленности является главной причиной расстройств коммуникации и нарушений развития школьных навыков. О причинах развития речевых расстройств до сегодняшнего дня мало что известно. Известно только то, что причиной дефицита фонологической осведомленности может быть дисфункция задней части левого полушария, контролирующего способность обрабатывать фонемы, или левой височной доли, контролирующей артикуляцию. Имеются данные о том, что причиной ослабления функции речи могут быть временные слуховые проблемы, возникающие при хронических воспалениях органов слуха в возрасте до трех лет.

Выделяют четыре вида расстройств речи:

- специфическое расстройство речевой артикуляции;
- расстройство экспрессивной речи;
- расстройство рецептивной речи;
- заикание.

В отношении причин возникновения расстройств речи существует множество мифических и ложных представлений. Широко распространено мнение, будто они возникают по причине наличия у ребенка эмоциональных проблем и нарушенных отношений с родителями. Серьезных научных доказательств этим взглядам не существует.

Особенности общения родителей с детьми, имеющими нарушения речи, влияют только на скорость и диапазон речевого развития, но *не являются причинами возникновения таких расстройств*. Поэтому задача, которую психолог может поставить перед родителями, должна заключаться только в том, чтобы просто уделять такому ребенку больше внимания: стараться чаще разговаривать с ним обычными фразами, просить рассказывать о любимых занятиях, которыми ребенок занимался в течение дня, не замечать трудности речевой экспрессии ребенка, разговаривая с ним, как с нормальным, и отвлекать внимание ребенка от того, что его ответная речь не такая развернутая, как у других

детей. Активное вмешательство в развитие речи оправдано только в случае нарушений артикуляции.

О специфическом расстройстве речевой артикуляции можно говорить тогда, когда освоение ребенком звуков речи значительно задерживается. О значительном отставании речевого развития можно говорить тогда, когда оно в два раза превышает стандартное (нормативное) отклонение. В норме большинство речевых звуков осваивается к возрасту 6–7 лет. К возрасту 11–12 лет почти все речевые звуки должны быть освоены. Если к 12 годам ребенок пропускает, искажает или заменяет речевые звуки, изменяет произношение звуков в зависимости от их сочетания (т. е. один звук в некоторых словах может произнести, а в некоторых — нет) и это не является следствием особенностей употребления речи в культуре, к которой он принадлежит, или в семейном окружении, то речь уже может идти о специфическом расстройстве речевой артикуляции. Важным признаком патологического развития речи также является то, что ребенка с отклонением в употреблении речевых звуков плохо понимают окружающие его люди.

Под *расстройством экспрессивной речи* понимается такое специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Ребенок хорошо понимает обращенную к нему речь, расстройств речевой артикуляции у него может не быть, но выразить свое состояние и мысли словами он не может. О том, что ребенок понимает обращенную к нему речь, можно судить по таким признакам:

- ребенок выполняет просьбы, но не может описать свои действия, которые он совершал при их исполнении;
- улыбается, жестикулирует, широко использует мимику в совместной игре или при прослушивании сказок;
- стремится к общению, активно замещая дефицит слов жестами, мимикой, неречевыми звуками, несвязными фразами, искаженными словами;
- раздражается, злится или приходит в отчаяние, когда его не понимают.

Примером тяжелого расстройства экспрессивной речи могут служить случаи, когда ребенок в возрасте *старше трех лет* просит о чем-либо не словами, а жестами, указывая на предметы пальцем, сопровождая свои жесты криком, визгом, мычанием, фырканием. До трех лет многие дети общаются именно таким образом. Однако отсутствие в речи ребенка отдельных слов или похожих на них сочетаний звуков к возрасту двух лет и отсутствие простых выражений и фраз из двух слов к возрасту трех лет

являются симптомами значительной задержки развития экспрессивной речи. В случаях более мягких расстройств экспрессивной речи ребенок демонстрирует ограниченный словарный запас, что проявляется в чрезмерном использовании небольшого набора общих слов в любых ситуациях; или испытывает трудности в подборе подходящих слов, слов-заменителей; или пользуется преимущественно сокращенными словами, понять которые могут только близкие люди. К нарушениям экспрессивной речи также относятся незрелая структура предложений; пропуски окончаний или приставок в словах; неправильное использование или полное отсутствие в речи предлогов, местоимений, спряжений или склонений глаголов и существительных; трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

К подростковому возрасту нарушения экспрессивной речи спонтанно разрешаются: половина детей совершенно избавляется от коммуникативных проблем, тогда как у другой половины наблюдается значительное улучшение.

Подобные нарушения экспрессивной речи отмечаются и у взрослых людей. Однако у взрослых они не могут компенсироваться спонтанно, поскольку всегда связаны с врожденным дефектом ЦНС, системным заболеванием, поражающим головной мозг, эндокринной патологией, соматическими заболеваниями или наступают в связи с другими психическими расстройствами.

Расстройство рецептивной речи характеризуется нарушением понимания ребенком обращенных к нему высказываний. Дети с таким расстройством обладают нормальным слухом, но не могут понять значение отдельных звуков, слов и предложений. Развитие рецептивной речи всегда опережает развитие экспрессивной речи, поэтому расстройство рецептивной речи всегда сопровождается расстройством и экспрессивной речи.

Определить расстройство можно по следующим характерным признакам:

- со дня рождения ребенок не реагирует на знакомые названия (свое имя, «мама», «папа» и т. п.);
- к 18 месяцам не может идентифицировать по названиям обычные предметы из своего окружения;
- в возрасте 2 лет не способен следовать простым инструкциям;
- после 3 лет не понимает значение грамматических и невербальных аспектов речи (отрицаний, вопросов, сравнений, тона голоса, речевой жестикуляции).

Психологическое состояние ребенка с рецептивным расстройством речи можно понять, если представить себя в окружении людей, которые

все время разговаривают с вами на плохо знакомом языке и чего-то от вас добиваются. Поэтому достаточно часто у детей с расстройством рецептивной речи встречается гиперактивность, социальная неприспособленность, социальная изоляция от сверстников, повышенная тревожность, чувствительность, чрезмерная застенчивость. Основным отличием таких детей от детей с аутистическим расстройством является их нормальное взаимодействие и обращение с родителями, педагогами и другими детьми, нормальные игры и использование жестов.

У взрослых же подобные расстройства всегда связаны с серьезным психическим расстройством и органическими поражениями головного мозга.

Особое место в ряду нарушений экспрессивной и рецептивной речи занимает *синдром Ландау—Клефнера* (приобретенная афазия с эпилепсией). В отличие от рассмотренных выше расстройств, этому синдрому предшествует нормальное речевое развитие, которое внезапно нарушается (теряются навыки рецептивной и экспрессивной речи), обычно в возрастном периоде от 3 до 7 лет. К нарушению речи через некоторое время (в период от нескольких месяцев до двух лет) в большинстве случаев присоединяются эпилептические припадки.

Заикание представляет собой расстройство произвольной координации движений языка, губ при артикуляции незнакомых или трудно сочетаемых звуков в словах, обусловленное нарушениями нейрофизиологических процессов. Наиболее типичным проявлением заикания является повторение и затягивание некоторых слогов, что неизбежно затрудняет коммуникацию. Это расстройство генетически обусловлено и может только обостриться под влиянием психоэмоционального стресса, который на самом деле не является истинной причиной расстройства. Общая психологическая рекомендация к организации взаимодействия и общения с заикающимися детьми заключается в научении родителей и педагогов говорить с ребенком медленно, используя короткие и простые предложения, чтобы не вызвать нервного напряжения, которое может развиться у ребенка при общении.

Как уже отмечалось выше, дефицит фонологической осведомленности влияет не только на развитие речи, но и на развитие когнитивных навыков, востребованных в процессе школьного обучения (так называемое *расстройство развития учебных навыков*). Задержка речевого развития, характерная для дошкольного возраста, в начальном школьном возрасте проявляется в виде *специфической задержки развития навыков чтения и письма*, а в подростковом возрасте — в виде *расстройства спеллингования*. Однако для возникновения этого типа расстройств характерно действие дополнительного нейрофизиологического фактора:

аномалии не только в процессе обработки слуховой, но и зрительной информации.

В отличие от расстройств речи, расстройства развития учебных навыков наряду с индивидуальными психическими особенностями ребенка тесно связаны с семейными обстоятельствами и характером обучения в школе. Дифференцировать трудности обучения в школе, вызванные социальной или педагогической запущенностью и обусловленные нейрофизиологическими особенностями, можно как раз по наличию в истории развития ребенка фактов речевых нарушений (коммуникативных расстройств). Расстройство развития учебных навыков не следует путать со снижением интеллекта и умственной отсталостью, а также со следствиями неврологических нарушений (ДЦП) и нарушений слуха и зрения. Как отмечают Э. Мэш и Д. Вольф, в 5–10 % случаев трудности в обучении имеют преимущественно неврологические корни, тогда как в других случаях они имеют преимущественно социально-педагогическую природу: отсутствие познавательной среды дома или в школе, неправильное преподавание или оборудование учебных классов.

Расстройство навыков чтения в первое время проявляется в трудностях пересказывания алфавита и распределения (узнавания) букв по звукам при нормальной остроте слуха. Позднее проявляются ошибки в навыках устного чтения:

- пропуски, замены, искажения или дополнения букв, слов или их частей (например, «велисапед» вместо «велосипед», «слон» вместо «салон», «живой» вместо «жилой» и т. п.);.
- слишком медленный темп речи;
- попытки начать чтение заново, длительные запинки или «потеря места» в тексте при прерывании чтения;
- перестановка слов при чтении написанных предложений.

Наряду с вышеперечисленными признаками также может встречаться неспособность вспомнить факты из прочитанного, сделать выводы и заключение о сущности прочитанного, при ответах на вопросы о прочитанном ребенок отвечает, используя общие знания, а не информацию из конкретного рассказа.

Причиной нарушения навыков чтения являются обусловленные фонологическим дефицитом *трудности расшифровки* — быстрого разбивания слова на буквы и обратного процесса синтеза букв в слово. Другими словами, ребенок не может быстро распознать фонологическую структуру слова и, соответственно, само слово, поскольку слуховая речь предшествует появлению письменной.

Расстройство спеллингования характеризуется нарушением в подростковом возрасте способности устного произношения слова по буквам

и, соответственно, правильного его написания: ребенок пишет слово так, как его слышит, несмотря на знание о правильном написании этого слова. Нейрофизиологические механизмы, обеспечивающие развитие речи, также связаны с обеспечением развития навыков письма и счета (поскольку для счета необходимы не только «математические способности», но и наличие абстрактного мышления, связанного с речью).

Однако расстройство навыков письма в некоторых случаях оказывается не связанным с нарушением чтения: оно может выступать и самостоятельным расстройством, вызванным слабыми визуально-моторными навыками. В качестве самостоятельного расстройства нарушение навыков письма определяется физиологически обусловленным рассогласованием взаимодействия глаз и руки. Из-за того, что дети с самостоятельным нарушением письма, не связанным с нарушением чтения, в силу возникающего напряжения стараются писать как можно короче, их сочинения бедны по содержанию (иногда уточняют, что это «расстройство экспрессивного письма»). Расстройство экспрессивного письма еще слабо изучено в клинической психологии.

Расстройство *навыков счета*, не связанное с интеллектуальной недостаточностью, начинается с нарушения распознавания цифр и символов, к которому присоединяются нарушения упорядочивания чисел, запоминания действий, недостаточность понимания абстрактных понятий, лежащих в основе арифметики (например, «целое», «часть», «мнимое число»). При этом у ребенка диагностируется нормальный интеллект, не повреждены сенсорные функции, не отмечается эмоциональных нарушений и имеются все возможности для нормального обучения. Нередко ошибки в счете связаны с нарушениями пространственной ориентации и затруднениями выбора направления (вверх/вниз, влево/вправо). Детям с расстройством счета обычно трудно производить нумерацию чисел, сравнивать их, читать и писать правильно математические символы, владеть вычислением в уме.

Психологические проблемы детей с нарушенными учебными навыками могут объясняться тем, что окружающие не понимают их возможной связи с нейрофизиологическими особенностями детского организма. Такие дети требуют индивидуальной организации учебно-воспитательного процесса, ориентированного на развитие фонологической осведомленности через ролевые игры, прослушивание и чтение стихов, распознавание предложений и слов, более тщательный и длительный анализ слогов и фонем, структуры слов. Одним из важных требований является также укорочение времени занятий и увеличение времени отдыха детей.

3.4. Нарушения памяти

Нарушения памяти — наиболее часто встречающаяся клиническая проблема. Самые разнообразные нарушения психической деятельности могут маскироваться под кажущимися расстройствами мнестической функции: нарушения внимания мотивационной, волевой, эмоциональной сфер. Бывает так, что пациенты жалуются на нарушения функции памяти, тогда как экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) этого не подтверждает. И наоборот, в ЭПИ имеются данные о мнестических нарушениях, а в профессиональной деятельности эти нарушения не проявляются (например, когда работа связана с актуализацией ручных навыков и осуществляется автоматически, без необходимости запоминания деталей конкретной ситуации — оперативная память не задействована, а задействована только долговременная). Все это подтверждает значимость функционального подхода к решению проблемы мнестических нарушений (нарушения функций памяти — запоминания, сохранения и воспроизведения) и анализа этой проблемы с точки зрения строения памяти, динамики мнестических процессов и мотивации.

Главными функциями человеческой памяти являются целенаправленное запоминание, сохранение и произвольное воспроизведение информации. Запоминание связано с нейрофизиологическим процессом консолидации — закрепления кода информации о каком-либо событии или факте. С точки зрения современной физиологии памяти, кодирование информации протекает следующим образом: восприятие — сличение с образцом в долговременной памяти — узнавание/неузнавание — образование временных кодов в кратковременной памяти под регулирующим воздействием избирательного внимания — консолидация нового кода в долговременной памяти. Сначала в мозге сохраняется некоторое число следов восприятия, отобранных вниманием. Эти следы сравниваются с уже имеющимися кодами — энграммами, т. е. следами памяти, сформированными в результате жизненного опыта. Если событие «узнано», то происходит «обновление» имеющегося кода и устанавливаются новые комплексные связи, в результате чего возникает новый код кратковременной памяти. Если событие «не узнано», то также создается комплексный код из различных компонентов воспринятой информации. Новые коды удерживаются в кратковременной памяти, пока они включены в определенную операцию, а затем либо исчезают, либо включаются в кодированном виде в какую-либо систему познавательных связей («консолидируются»), переходя из кратковременной памяти в долговременную.

Таким образом, взаимодействие кратковременной и долговременной памяти при запоминании носит не линейный, а перемежающийся характер, когда взаимодействие все время затрагивает разные компоненты воспринимаемой информации. Чем сложнее и сильнее будут связаны в процессе запоминания различные временные коды об одном и том же событии, чем сильнее эмоциональный фон запоминания, тем медленнее происходит забывание. Существенную роль в запоминании играет логическая организация материала.

Запоминание имеет не только произвольный, связанный с концентрацией внимания характер, но и непроизвольный, связанный с доминирующей мотивацией.

Сохранение информации — плохо изученный процесс. Известно, что хранение информации не предусматривает сохранения ее полноты и неизменности: информация претерпевает изменения в процессе хранения, связанные с влиянием мышления. Как следствие, в процессе сохранения информация всегда трансформируется или деформируется.

Произвольное воспроизведение информации связано с выделением необходимых сведений из всего хранящегося в памяти материала под влиянием мотивирующего фактора (необходимости), когда человек активно выбирает из всего массива данных только нужные компоненты, «выстормаживая» побочные образы и факты. При воспроизведении информация также может деформироваться в результате сочетания с новыми впечатлениями.

При рассмотрении клинических нарушений памяти необходимо придерживаться разделения памяти как психической функции на два типа: декларативную и процедурную память.

Под *декларативной* (эксплицитной) *памятью* понимается произвольная память на события и объекты. Она локализуется в медиальных частях височных долей, включая гиппокампальную область, а также энториальную, парагиппокампальную кору и ядра таламуса (медиодорсальные и передние).

Под *процедурной* (имплицитной) *памятью* понимается память на действия и навыки, привычки, условные способы поведения. Такая память может протекать без участия сознания и воли. Она локализуется в соответствующих сенсорных и моторных отделах мозга.

Нарушения памяти практически всегда затрагивают декларативную, а не процедурную память. В обыденном смысле под памятью тоже понимается именно декларативная память.

Еще одним пунктом, необходимым для понимания клинических нарушений памяти, следует признать разделение памяти по характеру

запоминаемой информации на семантическую и эпизодическую (автобиографическую).

Семантическая память — это память, в которой закодированы и сохранены только основные значения информации, особые характерные признаки события или объекта, позволяющие отличить его от других феноменов или включить его в общий класс по типу «часть — целое».

Эпизодическая память представляет собой форму памяти, в которой информация хранится со всеми сопутствующими ей случайными «метками» о том, где, когда и как была получена эта информация.

В норме запоминанию подвергается семантическая информация, тогда как эпизодическая по мере временного дистанцирования от события утрачивается. В случае нарушений памяти изменяется соотношение процессов консолидации семантической и эпизодической информации: эпизодическая доминирует или «мешает» воспроизведению основной информации.

В целом при нарушениях памяти речь идет о нарушениях сохранения, поиска и установления функциональных связей между различными кодами информации о событиях и объектах. Поскольку память тесно связана с речью, мышлением, восприятием, эмоциями и произвольными действиями, то ее нарушения бывают настолько характерными, что могут служить важнейшим диагностическим критерием в распознании некоторых острых и хронических психических заболеваний. Специфические нарушения памяти могут свидетельствовать о наличии процессуального психического заболевания, о различных вариантах слабоумия (деменции).

Выделяют следующие клинические типы нарушений памяти (табл. 2):

Таблица 2

Типы нарушений памяти

Нарушения памяти	
Дисмнезии	Гипермнезии
	Гипомнезии
	Амнезии
Парамнезии	Псевдореминисценции
	Криптомнезии
	Эхомнезии
	Конфабуляции

Дисмнезиями называют формальные расстройства динамических процессов памяти. *Парамнезиями* называют патологическую продукцию

мнестических процессов. Не всегда расстройства памяти (особенно формальные) являются признаком психического заболевания. Они могут встречаться и у психически здоровых людей при особых условиях (в состоянии переутомления, аффекта, астении, вызванной соматической болезнью, и т. п.). Но очень часто нарушения памяти входят в структуру психического дефекта при различных психических заболеваниях и аномалиях.

Гипермнезии — непроизвольное оживление памяти, которое проявляется в повышении способности воспроизведения давних, незначительных, малоактуальных событий прошлого. При этом ослабевает запоминание текущей информации и повышается способность воспроизводить давно забытые события прошлого, незначительные и малоактуальные для больного в настоящем. При этом особенно сильно страдают произвольное запоминание и воспроизведение. При гипермнезии отмечается усиление механической памяти при значительном ухудшении показателей логико-смысловой памяти. Данное нарушение памяти может встречаться при особых состояниях сознания, в гипнотическом сне, при приеме алкоголя и некоторых наркотиков, а также при различных психических заболеваниях (в отдельных случаях шизофрении, психопатии, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях и пр.).

Гипомнезия — частичное выпадение из памяти информации. Нарушается способность запоминать, удерживать и воспроизводить отдельные события или их детали («прорешливая память», когда пациент вспоминает не все, что должен был вспомнить, а только самое важное, яркое или часто повторяющееся). Слабо воспроизводятся даты, имена, термины, цифры.

Гипомнезии являются наиболее часто встречающимися клиническими расстройствами памяти. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер. Такие нарушения памяти могут касаться одной или нескольких модальностей (зрительной, слуховой и т. п.). Гипомнезия входит в структуру многих психопатологических синдромов (невротического, психоорганического и др.), а также является симптомом врожденного или приобретенного слабоумия.

Амнезия — полное выпадение из памяти событий, имеющих место в определенный период. Амнезии являются основным объектом клинической психологии. Их можно классифицировать по разным основаниям. Различают амнезии по отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, по нарушенной функции памяти и по динамике проявления расстройства памяти.

По отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, выделяют следующие типы амнезий:

1) ретроградная — выпадение из памяти событий до начала (острого периода) болезни (расстройства); ретроградная амнезия может возникнуть, например, после черепно-мозговой травмы;

2) конградная — выпадение воспоминаний о событиях в острый период болезни (расстройства);

3) антероградная — утрата воспоминаний о событиях, происходящих после острого периода болезни (расстройства); антероградную амнезию можно наблюдать после повреждений в гиппокампе или хронических отравлений, а также при деменциях.

4) антероретроградная — выпадение событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни (расстройства); скорее всего, возникает в результате временного недостатка кровообращения в гиппокампе.

По нарушенной функции памяти различают следующие типы амнезий:

1) фиксационная — на текущие и недавние события;

2) анэкфория — неспособность воспроизведения информации без подсказки;

3) прогрессирующая — сначала наступают трудности в воспоминании, затем наступает забывчивость на текущие и недавние события, потом забываются все более отдаленные события. Сначала страдает память времени совершения отдаленных событий, а затем страдает память содержания событий. Сначала — менее организованное знание (научное, языки). Затем — многократно случавшиеся события. Потом забываются факты с сохранением аффективной памяти. Затем идет распад праксической памяти — памяти навыков, и наступает апраксия.

По динамике проявления расстройства памяти выделяют следующие амнезии:

1) ретардированная — забывание наступает через некоторое время после ЭПИ; человек какое-то время хорошо помнит информацию, но спустя короткое время — уже не может ее воспроизвести (например, короткий рассказ).

2) стационарная — стойкое нарушение памяти без видимых изменений (улучшений или ухудшений) во времени;

3) лабильная (прерывистая) — нарушения колеблются в течение времени — то возникают, то исчезают;

4) регрессирующая — амнезия с частичным восстановлением памяти.

Нарушения динамики мнестических процессов служит не столько индикатором нарушения памяти в узком смысле, сколько признаком истощаемости психики, неустойчивой работоспособности (которая определяется отношением к окружающему и к себе, личностной позицией в ситуации, способностью регуляции поведения, целенаправленностью усилий). Нарушенная динамика успешно корректируется самими пациентами через дополнительные средства опосредования. Нарушения динамики могут быть связаны и с нарушениями аффективной сферы личности.

Амнезии могут быть обусловлены либо *потерей* сохраненной информации при переводе ее из кратковременной памяти в долговременную, либо *ошибками* в процессе поиска ситуативно необходимой информации (функционально обусловленными торможениями связи между кодами). Первый тип нарушений памяти (потеря информации) получил название *«нарушения памяти типа А»* (дегенеративные амнезии). Он вызывается несчастным случаем, физической травмой, интоксикациями, болезнями головного мозга и сосудистыми изменениями в мозге. Дегенеративные процессы разрушают саму материальную основу мнестической функции психики. Основным признаком нарушения типа А является *потеря информации*. Амнезии типа А получили название «истинных амнезий». Истинные амнезии в *клиническом смысле* включают в себя следующие признаки нарушений памяти:

а) сохранный уровень интеллекта;

б) не затронута кратковременная память;

в) преобладает антероградный аспект памяти.

Сегодня считается, что при истинных амнезиях чаще всего нарушается кодирование эпизодической (контекстуальной или автобиографической) информации, сопровождающей информацию о смысле события. Смысловая память в большей степени определяет наше знание о чем-либо, тогда как эпизодическая память характеризует именно воспоминание о личных обстоятельствах этого знания (как оно связано именно с нами). Этим обстоятельством можно объяснить парадокс, при котором человек с истинной амнезией может успешно выполнять задания теста и запоминать текущую абстрактную информацию, но не может вспомнить события из своей жизни.

Второй тип нарушений памяти (ошибки поиска) получил название *«нарушения памяти типа В»* (диссоциативные амнезии). При таком типе амнезий информация содержится в виде нейронного кода, однако он не может быть актуализирован. Наиболее часто человек с амнезией типа В испытывает чувство, что «что-то вертится на языке, но сказать определенно трудно». Основным признаком нарушений типа В является *диссоциация между содержаниями разных кодов информации*.

К амнезиям типа В относятся невротические забывания (диссоциации), постгипнотические забывания, феномен «уже виденного (пережитого)», а также феномен «двойного сознания». Поскольку фактически выпадения из памяти информации при амнезиях типа В не происходит, их часто называют парамнезиями. Так как диссоциативные потери памяти вызваны «блокировкой» связи между различными содержаниями памяти, поэтому воспоминание такой связи, имевшей место в реальности, больше невозможно. В этом смысле такой вид психологической защиты, как *вытеснение*, также можно рассматривать как разновидность нарушения памяти типа В. Так как непрерывность и целостность восприятия является необходимым качеством сознания, нарушения связей между запомненной информацией компенсируются образованием новых связей, сохраняющих для личности субъективную непрерывность течения времени и последовательности событий, а также их осмысленность и включенность в личную историю (автобиографию).

Изменения памяти типа А («истинные амнезии») возникают при неврологических нарушениях, тогда как нарушения памяти типа В (парамнезии) возникают в рамках психических нарушений.

Наиболее типичными психопатологическими расстройствами содержательной стороны памяти (патологической продукцией памяти) являются парамнезии — обманы памяти. Различают несколько видов парамнезий.

Псевдореминисценции — ошибочные воспоминания, иллюзии памяти. Действительные события вспоминаются в другом временном интервале (чаще перенос из прошлого в настоящее — замещаются провалы в памяти, возникшие вследствие фиксационной или прогрессирующей амнезии). Один из вариантов — жизнь в прошлом, когда прошлые события жизни начинают восприниматься как настоящие, начинают происходить ложные узнавания людей с адекватным этим узнаваниям поведением. Иногда такой вариант сопровождается симптомом неузнавания себя в зеркале.

Криптомнезии — искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Например, увиденное в кино, прочитанное в книге воспринимается как пережитое. Или наоборот — личные события воспринимаются как чужие.

Эхомнезии — обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как сходное с тем, которое уже имело место. Другое название этого вида парамнезий — феномен «уже виденного» (фр. — *déjà vu*), «уже слышанного» (фр. — *déjà entendu*) или «уже обдуманного» (фр. — *déjà pensé*). При таком расстройстве текущее восприятие события одновременно проецируется в настоящее и в прошлое. Феномен

«уже виденного» характеризуется убежденностью человека в том, что он уже когда-то переживал подобное событие, но не может указать, где и когда оно происходило. При дежа вю событие воспринимается как полностью идентичное событию из прошлого. Кроме феномена дежа вю к эхомнезиям также относят парамнезии Пика — это такая разновидность воспоминания «уже пережитого», когда человек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.

Конфабуляции — вымыслы памяти — ложные воспоминания с убежденностью в их истинности. Замещающие конфабуляции — заполняют провалы в памяти, имеют обыденное содержание, профессионально-бытовое, неустойчивое во времени, лабильное по фабуле, по мере разговора фабула обрастает новыми деталями-«воспоминаниями». Фантастические конфабуляции — ложные воспоминания о невероятных событиях в прошлом, содержание стабильно, имеет признаки бреда величия, эротические компоненты. Паралитические конфабуляции — ложные воспоминания нелепого содержания (трижды маршал).

Хотя парамнезии, как правило, встречаются при тяжелых нарушения деятельности мозга, при психозах, нарушениях сознания, иногда обманы памяти (криптомнезии) могут встречаться и у психически здоровых людей при значительном переутомлении, в состоянии соматически обусловленной астении. Среди законов формирования мнестических расстройств наиболее известным в психопатологии считается *закон Рибо*, в соответствии с которым нарушения (утрата) памяти происходят в определенном хронологическом порядке — вначале утрачивается память на наиболее сложные и недавние впечатления, затем — на старые. Восстановление памяти происходит в обратном порядке.

3.5. Нарушения мышления

Мышление — это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон реальности, познание внутренних взаимосвязей предметов и явлений. Мышление является частью интеллекта. Интеллект — это общий термин, охватывающий все психические процессы, обеспечивающие познавательную активность (мышление, внимание, память, восприятие). Как часть интеллекта мышление есть процесс непосредственного оперирования образами, идеями, символами, представлениями, понятиями. Если интеллект — это ум, способность познавать реальность, то мышление — это обдумывание,

один из способов познания реальности, который заключается в создании субъективной модели реальности. Модель — это обобщенный и опосредованный образ реальности. Соответственно, мышление — это обобщенное и опосредованное познание мира. У человека, в отличие от животных, главным, основным инструментом создания субъективных моделей является язык (система условных символов). Поэтому содержательную сторону мышления у человека выражает речь. Как отражение мышления она обладает логичностью, доказательностью, грамматическим строем, темпом, целенаправленностью, гибкостью и подвижностью, экономичностью, широтой, глубиной, критичностью, самостоятельностью, пытливостью, любознательностью, находчивостью, остроумием, оригинальностью, продуктивностью.

Логичность — умение выражать внутренние закономерности между явлениями и предметами. Доказательность — обоснование этой закономерности. Строй речи — соответствие законам построения высказываний. Темп речи — скорость протекания мыслительных процессов. Целенаправленность — сохранение в течение определенного времени подчиненности познавательного процесса определенной задаче. Гибкость — умение быстро менять принятые решения в зависимости от изменения ситуации. Экономичность — умение эффективно выполнять мыслительные операции с наименьшим числом действий. Широта — способность привлекать разнообразную информацию для решения познавательных задач. Глубина — способность проникать в суть явлений. Критичность — умение адекватно оценивать результаты.

Во время процесса мышления человек воспринимает информацию, перерабатывает ее, делает выводы и объединяет их в предположения относительно ситуации, в которой он находится. Для создания адекватных ситуации выводов и предположений нормальный (общепринятый) процесс мышления должен соответствовать нескольким условиям:

1) способы восприятия и переработки информации должны быть адекватны объективной ситуации;

2) выводы должны делаться в соответствии с законами формальной логики;

3) содержание мышления должно оцениваться человеком в соответствии с общепринятыми эмпирическими основаниями;

4) процесс мышления должен быть организован по принципу системной регуляции;

5) мышление должно быть сложно структурированным и отражать в развернутой системе понятий общепринятую структуру мира.

Нарушения способа восприятия и переработки информации (основные когнитивные расстройства) влияют на качество мышления. Например, при неустойчивом внимании, нарушенной памяти, плохом зрении человек получает неадекватные сведения о ситуации, в которой он находится, делая неправильные выводы и предположения. Так, при аутизме человек в большей мере отдает предпочтение внутренним импульсам, тогда как внешние источники информации о ситуации могут игнорироваться. В результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится. При задержках умственного развития некоторые виды информации не могут быть адекватно восприняты и учтены в выводах и предположениях, что не позволяет мышлению выполнять свою основную функцию обобщенного отражения существенных сторон реальности. При повреждениях височных областей мозга изменяются процессы памяти, что влияет на распознание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения.

Нарушения формы мышления возникают чаще всего при психозах. При этом человек перестает соблюдать базовые логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям. К формальным нарушениям относят бессвязность мыслей, их разорванность (связь между мыслями сохраняется в течение непродолжительного времени, а потом под действием случайных факторов мышление начинает протекать в другом направлении и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (отсутствие внутренней структуры, ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Содержательные расстройства заключаются в том, что одна информация приобретает бóльшую ценность по сравнению с другой, при этом в качестве критерия истинности утверждения берется произвольный субъективный конструкт. Здесь нарушается не сам процесс обработки информации, а объяснение событий. Причиной этого могут быть слабая селекция внешних раздражителей и восприятие нерелевантной информации (из-за слабости системы восприятия), придание преувеличенного значения событиям и содержанию памяти в ущерб актуальной информации и т. п.

Недостаточная системная регуляция (метакогниция) касается систематического обращения к предшествующему опыту и личностному опосредованию процесса мышления. Сюда включается, например,

одновременная обработка нескольких аспектов проблемы, создание общего плана мышления, поиск подходящей информации из разных источников, координация мыслительных усилий, обращение к самому себе с вопросами с одновременным представлением себя как стороннего человека, не занятого сиюминутным решением проблемы (умение увидеть себя над проблемой, абстрагироваться от конкретных мешающих условий). Недостаточная системная регуляция может быть обусловлена травматическими и токсическими поражениями, опухолями, воспалительными процессами лобных долей мозга. Системная регуляция мыслительных процессов также нарушается под влиянием сильных эмоциональных перегрузок.

Степень когнитивной структурированности мышления определяет то, как человек воспринимает, категоризирует, помнит и использует в своих действиях и поступках информацию о внешнем мире. Если оглянуться вокруг, то мы не сможем увидеть вокруг себя ни одного элемента реальности, которому бы не соответствовало определенное описывающее его понятие — языковая форма, обобщающая по какому-либо критерию самые разнообразные конкретные предметы и явления. В каждое понятие включено то или иное представление об объекте видимой реальности: его общие и частные (отличительные) признаки, существенные и несущественные характеристики. Именно понятия делают для нас видимыми, знаемыми, понимаемыми те или иные стороны предметов и явлений реальности, которыми мы затем пользуемся в практической деятельности. Именно в понятиях выделяется главное и несущественное в восприятии многочисленных сторон окружающей нас реальности. Следовательно, какова понятийная сетка реальности (т. е. когнитивная структура мира), таково отношение человека к ее элементам, таково его поведение. Понятия упорядочивают имеющийся у нас жизненный опыт и формируют субъективное пространство взаимодействия. Несовпадение содержания и значений субъективных понятий неизбежно приводит к рассогласованию действий и поступков людей. Именно поэтому к мышлению предъявляется требование оперировать общепринятыми понятиями.

Чем больше в мышлении понятий, структурирующих реальность, и чем более развернуто их содержание, тем большее основание имеется у каждых конкретных человеческих действий. Это основание и получило название когнитивной структурированности.

Когнитивная структурированность включает в себя три признака: 1) дифференцированность, 2) дискриминативность, 3) интегрированность. Дифференцированность представляет собой совокупность характеристик, которыми человек наделяет окружающую реальность:

чем больше характеристик, тем более насыщенным и разным воспринимается окружающий мир. Дискриминативность характеризует способность человека различать в многообразии конкретных предметов и явлений содержательные аспекты, относящиеся к одному и тому же параметру реальности. Интегрированность представляет собой переплетение разных характеристик и содержательных аспектов одного предмета или явления, восприятие их целостности, а не разорванности на основе общего главного признака, составляющего ядро понятия о чем-либо.

Высокая степень когнитивной структурированности означает, что человек воспринимает окружающий мир в многообразии основных элементов, связывая их между собой по определенным правилам. Благодаря высокой когнитивной структурированности человек оказывается восприимчивым к новой информации, устойчивым к многозначности мира и субъективных переживаний и обладает выраженной поленезависимостью (т. е. полагается на самого себя, а не на мнение окружающих).

Низкая степень когнитивной структурированности выражается в однозначном, выборочном восприятии отдельных основных элементов мира, которые также связываются между собой по определенным правилам. Однако выборочность восприятия мира делает его уязвимым перед новой информацией, поскольку она грозит разрушением целостности основных психических процессов. Для сохранения психической целостности и устойчивости когнитивно простые люди обращаются за поддержкой к мнению окружающих, т. е. имеют высокую полезависимость.

Низкая когнитивная структурированность сопровождает такие психические расстройства, как депрессии, аддиктивное и асоциальное поведение; поскольку у человека в этом случае формируется ущербное субъективное представление об окружающем мире и себе, он выбирает такие способы взаимодействия с миром, которые приводят к ошибкам и конфликтам с окружающими, и испытывает затруднения в изменении имеющихся дезадаптивных стратегий социальных отношений и взаимодействия. В отечественной клинической психологии все нарушения мышления, вслед за Б. В. Зейгарник, объединяют в три вида: 1) нарушения операционной стороны мышления; 2) нарушения динамики мышления; 3) нарушения личностного компонента мышления.

Нарушения операционной стороны мышления

Это нарушения процессов обобщения и опосредования. Два варианта таких нарушений: а) снижение уровня обобщений и б) искажение

процесса обобщения. Снижение уровня обобщений состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами.

Искажение процесса обобщения

Обобщаются случайные стороны явлений, существенные же отношения мало принимаются во внимание. Больные могут руководствоваться чрезмерно общими признаками, выходящими за пределы содержательной стороны явлений, либо чисто внешними, несущественными признаками. Основной признак искажения — бессодержательные или выхолощенные обобщения. Больные имеют искаженные представления о реальности, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным явлениям подходить с «теоретических» позиций. Речь носит вычурный характер.

Нарушения динамики мышления

Нарушения темпа: ускорение и замедление мышления. Ускорение — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мысли поверхностные, малодоказательные, возникает скачка идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения). Замедление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Лабильность — редко встречающийся феномен, который заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение, сменяющееся резким замедлением. Нарушения подвижности мышления (тугоподвижность мышления, торпидность, ригидность, инертность). Детализация, обстоятельность, вязкость. Детализация — постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных несущественных подробностей (нарушение экономичности мышления). Обстоятельность — выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление). Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация так искажает основную мысль, что делает ее непонятной. Теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы. В ЭПИ отмечается сохранность обобщений, однако ошибки возникают при переключении на новый способ решения задачи.

Нарушения личностного компонента (нарушения целенаправленности мышления)

Этот вид нарушений связан с серьезными изменениями в мотивационной сфере личности. Влияние изменений мотивационной сферы уже можно наблюдать в искажении процесса обобщения. Однако есть нарушения, в которых изменения личностного компонента мышления

проявляются особенно ярко, что и заставило Б. В. Зейгарник выделить их в отдельную группу. Суть мышления составляет оперирование существенными аспектами реальности. Однако существенным у человека оказывается то, что приобрело смысл в процессе жизнедеятельности. Другими словами, признаками нарушения выступает не частота проявления какого-либо признака или свойства мышления, а роль, которую оно играет в жизни человека. У смысла есть две стороны: индивидуальный и общественный (предметно-объективный, конвенциальный). В разных обстоятельствах доминирует то один, то другой, однако конвенциальный смысл всегда оказывается доминирующим критерием, обеспечивающим однозначность продуктов мыслительной деятельности разных людей. Нарушение целенаправленности мыслительных процессов связано с приданием большей значимости индивидуальному смыслу в ущерб общественному.

Виды таких нарушений мышления: витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность.

Витиеватость — слишком пространные рассуждения, излишние для понимания излагаемой мысли.

Соскальзывание (непоследовательность мышления) — внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения. Здесь нет ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.

Резонерство — пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные нравоучения, морализированные истины, известные изречения. Речь сохраняет правильность, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Здесь происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Мыслительный процесс направлен не на цель, задаваемую ситуацией, а на «более общую», «универсальную» цель. В резонерских суждениях преобладает стремление подвести любое незначительное явление под «концепцию». Отрыв от реальности превращает мысли в «умственную жвачку» (И. Павлов). У таких больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: произносимые слова вызывают случайные ассоциации, которые их отвлекают.

Разноплановость — постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций. В результате мысль лишается

основного стержня, иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях.

Аморфность — нечеткое использование понятий (непонятно, о чем говорит больной).

Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями. Выделяют логическую и грамматическую разорванность. Логическая — нет логической связи между отдельными компонентами мысли. Грамматическая — набор отдельных, несвязанных слов (шизофазия). Словесная окрошка.

С нарушениями личностного компонента мышления связан такой класс, как *нарушения содержания мышления*. Сюда относится формирование *навязчивых*, *сверхценных* и *бредовых идей*.

Навязчивые идеи (обсессивные мысли) — это непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личных ценностей. Неадекватность содержания в этом случае понимается и критически оценивается человеком, но возникновение таких мыслей непроизвольно, от них невозможно освободиться, и человек испытывает эмоциональный дискомфорт от их наличия. Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения к действию, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному, и борьба с ними совершенно безуспешна. При этом они воспринимаются не как чуждые, навязанные, а как собственные мысли. Например, женщина может мучиться страхом, что она может случайно не устоять перед желанием убить любимого ребенка. Или мужчина страдает от непристойных, не соответствующих своим представлениям о собственной личности, навязчивых образов, желаний, представлений. Среди навязчивых мыслей выделяют навязчивые сомнения, навязчивые абстракции (манипулирование цифрами или «умственная жвачка» — изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы), контрастные мысли (содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности) и навязчивые воспоминания. Важной частью обсессивных мыслей являются бесплодные рассуждения, не приводящие ни к какому конкретному решению. Навязчивые мысли возникают в результате воздействия психотравмирующих обстоятельств жизни (тогда содержание мыслей отражает эти обстоятельства), или же они возникают в случаях повреждения базального ганглия, поясной извилины и префронтальной коры (тогда содержание мыслей никак не связано с обстоятельствами жизни или же быстро от них отрывается).

Вслед за возникновением навязчивых мыслей вскоре возникают навязчивые (компульсивные) действия, которые имеют характер ритуальной защиты и снимают душевный дискомфорт, возникающий при возникновении мыслей. Осуществление этих действий (ритуалов) не приносит человеку удовлетворения, и он сам понимает бессмысленность их совершения, однако не может их не совершать (поскольку они связаны с обсессивными мыслями). Ритуальные действия придают человеку ощущение контроля над ситуацией, которая субъективно воспринимается как опасная. Действие же играет роль символической защиты от этой опасности. Осознание их бессмысленности приводит к нерешительности и медлительности.

У детей и подростков наиболее распространены навязчивые мысли, связанные с боязнью заражения, заболевания, причинения вреда себе или другим. Также навязчивости могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.).

В ряде случаев навязчивые мысли сочетаются с нарушениями аффективной сферы личности, приводя к возникновению тревожных расстройств. Навязчивые действия как раз и предпринимаются для ослабления тревоги и напряжения, вызываемых навязчивыми тревожными мыслями.

Сверхценные идеи — логически обоснованные убеждения, тесно связанные с мировоззрением личности, базирующиеся на реальных ситуациях и обладающие большим эмоциональным зарядом. Они приобретают неадекватное по степени значимости доминирующее положение в жизни человека, подчиняют себе всю его деятельность, что приводит к дезадаптации. Содержание сверхценных идей отражает мировоззрение личности, критика отсутствует или носит формальный характер. Сверхценные идеи побуждают человека действовать в соответствии с их содержанием. Так организованное мышление суживает круг интересов личности, приводит к избирательному восприятию реальности. Со временем сверхценные идеи могут утрачивать свою актуальность. Сверхценные идеи содержательно могут быть связаны с переоценкой следующих факторов:

- биологических свойств своей личности (дисморфофобические сверхценные идеи — убежденность в наличии биологического дефекта или недостатка; ипохондрические сверхценные идеи — преувеличение тяжести своего заболевания; идеи сексуальной неполноценности; идеи физического самоусовершенствования);
- психологических свойств своей личности (идеи изобретательства, реформаторства и талантливости);

• социальных аспектов функционирования личности (идеи вины — преувеличение значимости реальных поступков; эротические идеи — обычные знаки внимания расцениваются как признаки страстной влюбленности других лиц; идеи ревности — убеждения в неверности партнера, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств; идеи сутяжничества или кверулянства — убежденность в необходимости борьбы с малозначимыми недостатками, возводимыми в ранг борьбы с социальной несправедливостью).

Бредовые идеи (бредовые расстройства мышления) — навязчивые, последовательно и энергично отстаиваемые ложные умозаключения, не соответствующие реальности (в их основе лежат нереальные события и факты, например, приписывание себе или другим мнимых, несуществующих качеств, поступков и т. д.), которые упорно поддерживаются личностью, несмотря на аргументы и доказательства обратного. Однако если подобные умозаключения предписываются определенной культурой или субкультурой, к которой принадлежит человек, то они не должны характеризоваться как бредовые. Бред может иметь монотематическое или систематизированное политематическое содержание. Содержание бреда, его начало зачастую связаны с жизненными обстоятельствами, однако факты здесь приобретают искаженную, одностороннюю трактовку и вскоре полностью отрываются от действительности. Кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к содержанию бреда, эмоции, речь и поведение в целом не отличаются от нормальных. Большинство бредовых расстройств, по-видимому, не связаны с шизофренией, хотя при шизофрении нередко развивается бред в качестве компенсаторной реакции на искаженный процесс восприятия (вообще же при шизофрении расстройства психической деятельности изменяют чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности). Самостоятельным бредовым расстройством является паранойя — наличие бреда ревности, бреда величия или бреда преследования.

Обсессия — состояние тревоги, страха по поводу возникновения мыслей определенного содержания (чаще всего непристойного, агрессивного или бессмысленного).

3.6. Нарушения эмоциональной сферы

Эмоции являются особым классом психических состояний, отражающих в форме непосредственного переживания общее позитивное или негативное отношение человека к окружающему миру, людям

и самому себе. Это переживание определяется соответствием свойств и качеств, имеющихся у объектов и явлений реальности, специфическим потребностям и нуждам индивида. Сам термин «эмоции» происходит от латинского глагола *emovere* — двигать, возбуждать, подбадривать, волновать. Эмоции всегда выполняют функцию побуждения к активности, поэтому эмоциональную сферу личности иногда называют эмоционально-волевой. Наличие эмоций обеспечивает живые организмы, обладающие развитой нервной системой, более активным целенаправленным поведением для удовлетворения своих потребностей. В настоящее время признается тот факт, что эмоции играют существенную роль в обеспечении информационного взаимодействия организма и среды. Физиологическую основу эмоций составляет активность нервного аппарата, компенсирующая в процессе жизнедеятельности организма дефицит информации, необходимой для организации действий по удовлетворению потребностей. Таким образом, эмоция есть результат отражения какой-либо потребности человека и оценки вероятности ее удовлетворения в наличных условиях на основе индивидуального и генетического опыта. Выраженность эмоционального состояния зависит от значимости потребности и дефицита информации, необходимой для ее удовлетворения. Отрицательные эмоции возникают у человека при дефиците необходимой для удовлетворения потребности информации, тогда как положительные — при наличии всей необходимой информации. Особое внимание информационная теория эмоций обращает на то, что возникновение эмоции связано не с наличием потребности, не с ощущением комфорта или дискомфорта, а с оценкой перспективы удовлетворения потребности.

В эмоциях имеются три составные части:

1) аффект (острое переживание приятности или неприятности, эмоциональное напряжение, возбуждение);

2) когниция (осознание своего состояния, обозначение его словом и оценка перспективы удовлетворения потребности);

3) экспрессия (внешнее выражение в телесной моторике или поведении).

Относительно устойчивое и всеобъемлющее эмоциональное состояние называется настроением. В связи с тем обстоятельством, что потребностная сфера человека включает, помимо биологических, социальные потребности, эмоции, возникающие на основе относительно стабильных социальных и культурных потребностей, получили название чувств.

Различают первичные (основные) и вторичные (сложные) эмоции. К первичным эмоциями относят: радость, печаль, тревогу, гнев,

отвращение, стыд, удивление. К вторичным эмоциям относят различные смешения первичных эмоций, а также эмоций и их узких интерпретаций (например, гордость — это радость, содержащая элементы внутренней каузальной атрибуции причастности себя к возникновению позитивного события).

Расстройства эмоциональной сферы заключаются в болезненных переживаниях тех или иных эмоциональных состояний. Основное нарушение заключается в изменении эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема. Нарушения в эмоциональной сфере включают в себя гипотимию, гипертимию, паратимию, а также нарушения динамики эмоций.

Гипотимия представляет собой хроническое снижение эмоциональности по всем трем компонентам (аффект, когниция, экспрессия), что выражается в угнетении всех психических процессов, снижении общей активности человека и его безразличии к внутренним и внешним стимулам. Основное эмоциональное состояние при гипотимии — подавленность и тоска (иногда злобно-тоскливое настроение — дисфория). Крайним проявлением гипотимии является депрессия — хронически сниженное настроение, характеризуемое ярко выраженным ощущением неадекватности, чувством отчаяния, пессимизмом.

Одним из менее выраженных проявлений гипотимии является *дистимия* — хронически сниженное, подавленное настроение, когда все становится трудным и ничто не доставляет удовольствия (ангедония). Дистимия характеризуется наличием мрачных размышлений, сниженной самооценкой, чувством безнадежности, плохим сном; человек теряет интерес к событиям повседневной жизни, испытывает трудности в концентрации внимания, часто утомляется, но других нарушений психической и социальной деятельности нет. Она часто возникает у людей, испытавших длительный стресс или внезапную утрату. В отличие от депрессии, состояние обычно ухудшается к вечеру. Дистимические нарушения часто трактуются как невротическая депрессия. Однако однозначного ответа, является ли дистимия только расстройством эмоциональной сферы или она связана с личностными (невротическими) изменениями, пока нет.

Гипертимия представляет собой устойчивое эмоциональное возбуждение, чрезмерную эмоциональность. Основное эмоциональное состояние при гипертимии — эйфория: ощущение очень сильного душевного подъема, сопровождающееся чувством безудержного оптимизма, благополучия и повышенной моторной активностью. Для обозначения крайнего проявления неадекватно повышенного настроения используется термин «мания». Маниакальные состояния характеризуются

повышенным настроением, увеличением объема и темпа психической и физической активности. Различают две формы маниакальных расстройств: гипоманию и манию.

Гипомания — легкая степень мании, когда отмечается постоянный легкий подъем настроения (как минимум в течение нескольких дней), повышенная энергичность и активность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности. Также часто отмечаются повышенная общительность, чрезмерная фамильярность, повышенная сексуальность и сниженная потребность в сне. Сопровождается повышенным самомнением и грубым поведением. При этом сосредоточение и внимание страдают, что приводит к значительным нарушениям трудоспособности.

Мания — неадекватное обстоятельствам приподнятое настроение, которое может варьировать от беспечной веселости до неконтролируемого возбуждения. Сопровождается гиперактивностью, речевым напором и сниженной потребностью в сне. Внимание рассредоточено, отмечается выраженная отвлекаемость, поведение расторможено, самооценка завышенная, возникают идеи величия. Могут возникать нарушения восприятия (более яркое восприятие цветов, озабоченность мелкими деталями). Человек предпринимает экстравагантные, необдуманные шаги, бездумно тратит деньги, становится агрессивным или сексуальным в неподходящих обстоятельствах. В некоторых случаях приподнятое настроение быстро сменяется подозрительностью и раздражением.

Паратимия представляет собой одновременное сосуществование двух противоположных по модальности эмоциональных состояний или несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу (эмоциональная неадекватность). Наиболее часто паратимия проявляется в симптоме «стекла и дерева», который является сочетанием сниженной эмоциональности с повышенной ранимостью, чувствительностью к отдельным аспектам реальности, при этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствуют значимости раздражителя.

Нарушения *динамики эмоций* связаны с состояниями эмоциональной лабильности или ригидности. Эмоциональная лабильность представляет собой быструю и частую смену настроения. Эмоциональная ригидность заключается в замедлении эмоциональной реакции, застревании на какой-то одной эмоции даже в отсутствие вызвавшего ее раздражителя. Основными расстройствами динамики эмоций являются *биполярное аффективное расстройство* и *циклотимия*.

Биполярное аффективное расстройство характеризуется повторными эпизодами смены настроения и значительного нарушения активности (чередование состояний мании и депрессии), когда подъем

настроения и активности сменяется снижением настроения и активности. Раньше биполярное аффективное расстройство трактовалось как маниакально-депрессивный психоз. Сегодня считается, что смены настроения могут наблюдаться и без психотических симптомов.

Циклотимия — менее выраженное состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. Временами настроение может быть нормальным. Изменения настроения при циклотимии обычно воспринимаются человеком как не связанные с текущими жизненными событиями.

Нарушения в эмоциональной сфере могут выступать как самостоятельные расстройства, как компонент других психических расстройств и как последствия состояний значительной фрустрации.

Те или иные эмоциональные состояния признаются патологическими, когда их содержание, частота возникновения, интенсивность и устойчивость признаются людьми неадекватными с социальной или индивидуальной точек зрения.

По содержанию эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не соответствуют обстоятельствам, при которых принято испытывать такие состояния. Например, различают содержательно специфичные (т. е. связанные с определенными обстоятельствами) и неспецифичные эмоции. Примером служит различение тревоги как общего беспредметного смутного чувства напряжения и беспокойства и страха как эмоционального состояния, возникающего в присутствии или предвосхищении опасного или вредного стимула.

По частоте возникновения, интенсивности и устойчивости (продолжительности) эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не вписываются в принятые культурой временные рамки их допустимого проявления и мешают выполнению различных социальных функций и обязанностей. Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, излишней интенсивностью и значительной продолжительностью отрицательных эмоций при недостаточности положительных эмоциональных состояний.

На признание эмоций патологическими также влияет степень осознанности и реалистичности эмоциональных состояний. Например, тревога может возникать в результате осмысленного прогноза развития ситуации или спонтанно, без видимых причин. Тревога также может быть признана окружающими неоправданной, т. е. не соответствующей реально складывающейся ситуации.

В современной клинической психологии главную роль в возникновении эмоциональных нарушений отводят когнитивным факторам

(мыслям, представлениям, фантазиям). Следует различать эмоциональные состояния и эмоциональные реакции. Эмоциональные состояния возникают в определенных ситуациях, поэтому они характеризуются интенсивностью и продолжительностью (устойчивостью). Эмоциональные реакции связаны с кратковременным повышением интенсивности психического возбуждения под воздействием какого-либо сильного раздражителя. С прекращением деятельности раздражителя прекращается и эмоциональная реакция. Эмоциональные нарушения связаны с изменением эмоциональных состояний.

Выделяют две группы условий возникновения эмоциональных нарушений: внешние ситуационные условия, внутренние личностно предопределенные условия.

Как правило, жизненные ситуации воспринимаются и интерпретируются нами, принимая форму мыслей, представлений или фантазий, окрашенных той или иной соответствующей содержанию этих мыслей эмоцией. Следовательно, эмоции связаны с содержанием наших представлений о ситуациях, в которых мы оказываемся. Эти ситуации могут быть связаны как с частными условиями жизни индивида, так и с эпохальными, культурными, экономическими и политическими событиями, влияющими на жизнь и благосостояние человека (или воспринимаемыми как влияющие и имеющие значение в частной жизни индивида). Другими словами, каковы условия жизни человека с точки зрения возможностей удовлетворения его потребностей, таковы и эмоции, обеспечивающие субъективную оценку этих условий и мотивацию деятельности в данных обстоятельствах.

Внутренние личностно обусловленные условия связаны с особенностями психофизиологических механизмов эмоциональности и особенностями восприятия и когнитивной переработки информации о внешних событиях.

Психофизиологическую основу эмоций составляют нейрохимические и нейрогормональные процессы в диэнцефалической и лимбической системах мозга (гипоталамус, таламус, ретикулярная формация и миндалевидное тело). Главными биохимическими веществами, обеспечивающими эмоции, являются серотонин, адреналин, норадреналин, дофамин, ацетилхолин и опиаты. Изменение баланса этих веществ в организме может приводить к затруднениям в возникновении определенных эмоциональных состояний. Так, снижение уровня серотонина или норадреналина в мозге приводит к депрессии. С действием дофамина связана возможность возникновения положительных эмоций, с действием адреналина и норадреналина — отрицательных. В зависимости от уровня тестостерона и кортизола умеренное содержание

в мозге норадреналина, адреналина, серотонина, дофамина и опиатов может лишать человека яркой эмоциональности (высокий уровень тестостерона и низкий — кортизола) или провоцировать состояние растерянности (низкий уровень тестостерона и высокий — кортизола).

С особенностями восприятия связано проявление основных первичных эмоций. У человека имеются врожденные формы эмоций, связанные с реагированием на генетически предопределенные внешние и внутренние стимулы среды. Генетически обусловленные эмоциональные реакции могут определять возникновение сложных эмоций в позднем возрасте, поскольку с ними связана «готовность» к возникновению соответствующих эмоциональных состояний. Так, можно говорить о генетически предопределенной готовности к боязни каких-либо объектов внешнего мира (пауков, змей, чужих людей). Восприятие человеком реальности управляет возникновением этих врожденных эмоциональных реакций в актуальном поведении.

На ранних этапах жизни большую роль играют процессы обусловливания тех или иных эмоциональных реакций и их закрепление (например, под воздействием травматического опыта раннего детства).

Те или иные эмоциональные состояния могут развиваться как привычные — на основе восприятия повторяющихся ситуаций. Возобновляющиеся ситуации приводят к постепенному «выключению» когнитивных процессов оценки однотипных ситуаций и автоматизации непосредственного эмоционального реагирования на восприятие сходной ситуации. Так, человек, имеющий опыт неудач (например, во время занятий в классе), уже только при одном попадании в класс начинает ощущать тревогу. Образование эмоций при этом не рефлектируется и причины состояния не осознаются.

Оценка информации, связанной с воспринимаемой ситуацией, составляет основную функцию эмоций. Сознательная оценка результируется в мыслях, ожиданиях, имеющих эмоциональную окраску. Негативные оценки (и соответственно, негативные эмоции) возникают из определенных систематических ошибок при переработке информации о ситуации. Эти ошибки касаются личности человека и перспектив удовлетворения его потребностей в этой ситуации [54]. К ошибкам мышления, производящим устойчивые эмоциональные состояния, относят:

- произвольные выводы из имеющейся информации;
- избирательное игнорирование или пренебрежение какой-то частью информации;
- чрезмерная генерализация информации (распространение ее на более широкий класс событий);

- переоценка или недооценка информации;
- персонализация ответственности за удачу/неудачу в данных условиях;
- жесткая дихотомия информации («хорошо/плохо», «черное/белое» и т. п.).

Эмоциональные состояния также связаны с содержанием Я-концепции (самооценки, оценки своего прошлого и будущего), каузальной атрибуцией личностно значимых событий и ожиданиями от предстоящих событий.

Так как восприятие и когниции принимают активное участие в возникновении и поддержании эмоциональных расстройств, то, соответственно, эмоции, активируя в памяти соответствующие им мысли и образы, поддерживают сами себя, что обеспечивает устойчивость эмоциональных нарушений.

Выделяют следующие классы эмоциональных нарушений: тревожные расстройства и расстройства настроения. При этом в качестве самостоятельных расстройств аффективной сферы могут рассматриваться только расстройства настроения. Тревожные расстройства правильнее определять не как аффективные, а как нарушения преимущественно когнитивного компонента эмоциональности (в международной классификации болезней они классифицируются в рамках особого типа расстройств — невротических или связанных со стрессом).

3.7. Тревожные расстройства

Повышенная тревожность является одним из наиболее часто встречающихся эмоциональных расстройств. Все люди в своей жизни испытывают *тревогу* — смутное, неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся наличием дурных предчувствий, напряжения, беспокойства. Эмоция тревоги выполняет функцию сигнализации об опасности или неудаче в будущем и побуждает организм к поиску и конкретизации этой опасности. В определенном возрасте и в определенных ситуациях возникновение тревоги является вполне закономерным и нормальным явлением. Младенцы испытывают тревогу, когда их отлучают от матери, поскольку с матерью связана сама возможность их жизнедеятельности. Маленькие дети боятся находиться одни в темной комнате, поскольку мир кажется им полным опасностей, к которым они чувствуют себя неподготовленными. Дети боятся зубных врачей, которые могут сделать им больно. Школьники и студенты боятся экзаменов, на которых они могут получить неудовлетворительные отметки.

Тревога всегда возникает, когда мы делаем что-то важное, и в определенной степени она помогает нам действовать в угрожающих ситуациях более эффективно. Однако слишком интенсивная, не поддающаяся контролю тревога может проявляться как ощущение беспомощности, бессилия, неуверенности и блокировать целенаправленную деятельность или делать ее неэффективной. Например, человеку в ситуации тревоги свойственно прибегать к реакциям агрессии, бегства или ритуальных действий, увеличивающих ощущение субъективного контроля над ситуацией. Бегство (удаление неприятного события) или совершение ритуальных действий приводят к быстрому снижению тревоги. Ритуальные действия придают окружающей действительности единообразие и, следовательно, предсказуемость. А предсказуемость делает окружающий мир субъективно более безопасным. Чем чаще человек с неконтролируемой тревогой начинает избегать тревожащих ситуаций или справляться с ними посредством ритуальных действий, тем сложнее ему становится заниматься повседневными делами.

Кроме того, тревога может возникать в ситуациях, в которых нет объективных признаков угрозы или опасности, когда человек не осознает того, чего можно было бы опасаться. В этом случае всегда возникает необходимость дать приемлемое объяснение своему состоянию и подыскать предмет, на который может быть направлена тревога, что также запускает поведенческие механизмы совладания с тревожащей ситуацией — агрессию, бегство или ритуальные действия.

С эмоцией тревоги связаны два сильных чувства — страха и паники. *Страх* является предметно конкретизированной формой сильной тревоги, направленной на присутствующий *в настоящий момент* объект. Тревога как более широкое понятие не имеет четко выраженной предметности, не предполагает наличие определенного объекта или ситуации и ориентирована на будущее (т. е. возникает не на реально присутствующий, а на возможный опасный объект). Устойчивый, интенсивный и не поддающийся рациональному объяснению (с позиции здравого смысла) страх определенного объекта или ситуации, в присутствии которого возникает непреодолимая потребность проявления агрессии или бегства, в клинической психологии называется *фобией*. *Паника* представляет собой сильный, тяжело переживаемый ограниченный во времени (обычно в пределах 15 минут), неожиданно возникающий страх, который сопровождается выраженными физическими реакциями — одышкой, головокружением, учащенным сердцебиением, дрожью, потовыделением, тошнотой. При панике почти всегда возникает чувство нереальности происходящего и развиваются «вторичные» страхи — смерти, сумасшествия,

потери самоконтроля. Приступы паники часто приводят к постоянному страху возникновения этих приступов. С различными формами проявления тревоги связано различение двух типов тревожных расстройств: фобических и панических.

До тех пор, пока тревога или страх не мешает выполнению индивидуально значимых или важных социальных функций, она не признается болезненной. Так, боязнь собак, или пауков, или чужих людей может быть вполне оправданной, однако если такой страх мешает выполнению важных дел, которые есть у любого подростка или взрослого человека, он превращается в расстройство. Если страх оказывает незначительное влияние на повседневную жизнь, то он является частью нормального развития. В норме с возрастом страхов становится меньше и появляются они реже, только в наиболее критических ситуациях. Уменьшение числа страхов связано с когнитивным развитием детей: научением распознавать действительно опасные и мнимо опасные ситуации. Кроме того, наличие умеренных страхов в раннем детском возрасте способствует развитию эмоциональности ребенка. Не случайно у всех дошкольников имеется специфический «пугательный» фольклор (например, истории про «черную руку» и т. п.).

Люди с тревожными расстройствами скорее не столько беспокоятся по любому поводу, сколько испытывают более интенсивные, чем большинство окружающих, опасения или же имеют страхи, не соответствующие нормативным представлениям о том, чего должны бояться люди определенного возраста.

В отношении детской повышенной тревожности в обыденном сознании существует неправильное мнение о том, что детские страхи исчезают сами собой по мере приобретения нормального жизненного опыта. На самом деле многие дети, испытывающие повышенную тревогу, не избавляются от своих проблем в подростковом и зрелом возрасте.

Фобические и панические расстройства возникают в результате взаимодействия двух групп факторов: нейробиологических и социальных. К нейробиологическим факторам относится специфическая гиперактивность лимбической системы, вызванная изменениями в балансе биогенных аминов: повышенное высвобождение организмом катехоламинов, высокий уровень метаболизма норадреналина, повышение уровня серотонина, снижение уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которая является нейромедиатором тормозных синапсов ЦНС. Эти специфически биологические механизмы предрасположенности к формированию фобических и панических расстройств реализуются в контексте специфических жизненных обстоятельств (частые стрессы, авторитарный стиль воспитания в семье, эмоционально холодные

детско-родительские отношения в раннем детстве, жесткие морально-ценностные императивы, предъявляемые к человеку со стороны окружения), при которых от человека требуется сверхбдительность в отношении враждебных стимулов и развитие паттернов агрессии и защиты от воспринимаемого враждебным окружения. К сожалению, социально-психологические факторы возникновения тревожных и панических расстройств в клинической психологии изучены еще недостаточно.

Дети с тревожными расстройствами обладают нормальным интеллектом. У них отмечается нарушение избирательности внимания — «тревожная бдительность», связанная с повышенной тенденцией классифицировать относительно нейтральные раздражители как потенциально опасные. На когнитивном уровне у таких детей имеется тенденция к преувеличению степени опасности за счет прицельного поиска доказательств возможной опасности (в норме люди стремятся преуменьшить опасности и найти доказательства в пользу безопасности). Однако, скорее всего, психологические изменения процессов внимания и мышления не являются причиной развития тревожных расстройств.

К группе фобических расстройств относятся следующие нарушения:

- тревожное расстройство в связи с разлукой (только в детском возрасте);
- расстройство вследствие сиблингового соперничества;
- генерализованное тревожное расстройство;
- агорафобия;
- социофобии (социальная тревожность);
- специфические (изолированные) фобии (животных, насекомых, высоты, уколов, экзаменов и т. д.).

Тревога в связи с реальной или возможной разлукой с людьми, к которым привязаны дети, является вполне нормальным явлением вплоть до 6–7-летнего возраста. Наоборот, отсутствие такого страха свидетельствует о проблемности детско-родительских отношений и эмоциональной неразвитости ребенка. Форму расстройства эта тревога приобретает, когда она выходит за пределы статистической нормы по степени проявления или по возрасту проявления, мешая повседневным делам ребенка (учеба в школе, игры и отношения со сверстниками). У детей, страдающих этим расстройством, возникает не соответствующий их возрасту страх расставания с родителями (или другими близкими членами семьи) или страх оказаться вне своего дома. При этом страх может принимать одну из следующих форм:

- нереалистичное поглощающее беспокойство о возможном вреде, которому могут подвергнуться родители за время разлуки;

- страх, что родители больше никогда не вернутся к ребенку;
- страх идти в детский сад или школу, потому что рядом не будет родителей (если ребенок боится идти в детский сад или школу, потому что считает, что в там с ним самим может что-то случиться, это не является страхом разлуки);
- упорное нежелание идти спать без родителя;
- упорный страх оставаться дома без родителей;
- ночные кошмары, содержанием которых является разлука.

Дети с тревожным расстройством в связи с разлукой требуют к себе особого внимания со стороны родителей, пристают к ним с пустяками, боятся новых ситуаций и часто имеют расстройства физического здоровья, направленные на то, чтобы удержать рядом с собой близкого человека (тошнота, боли в животе или голове, рвоты и т. д.). Они плаксивы, раздражительны, апатичны и имеют признаки аутизации, если чувствуют предстоящую разлуку с лицом, к которому испытывают привязанность. У таких детей часто формируется паттерн отказа от посещения школы. Он проявляется в том, что ребенок приходит в школу только на последние уроки или уходит из школы, не дожидаясь конца занятий. Нередко в качестве объективной причины ухода с занятий такой ребенок предъявляет жалобы на здоровье. Обострение расстройства обычно наступает после каникул, праздников или непродолжительной болезни. Но может возникнуть и после травматичных событий (таких, как смерть любимой кошки или несчастный случай с близким). Высокий процент маленьких детей проявляет эмоциональное расстройство вслед за рождением младшего сиблинга (сестры или брата). В большинстве случаев это легкие расстройства, но иногда они могут приобретать стойкий и жестокий характер соперничества или ревности. Соперничество или ревность могут проявиться в виде заметной конкуренции за родительское внимание или любовь, которая сопровождается только негативными чувствами и открытой жестокостью или физической травмой по отношению к «предпочитаемому» сиблингу, его унижением, нежеланием делиться с ним, игнорированием его присутствия. Нередко такое расстройство сочетается с утратой ранее приобретенных поведенческих навыков (например, контроль над функцией кишечника или мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Обычно также возрастает конфронтационное и оппозиционное поведение в отношениях с родителями, вспышки необоснованного гнева и дисфории. Появляются мысли о собственной отгороженности и несчастливой судьбе. Генерализованное тревожное расстройство чаще всего возникает в возрасте 10–14 лет и характеризуется постоянным, чрезмерным и неконтролируемым чувством

тревоги и беспокойства почти по любому, даже незначительному поводу (например, что надеть для прогулки — вдруг эта одежда как-нибудь спровоцирует неприятное событие). Тревога не ограничивается определенными обстоятельствами, она возникает даже тогда, когда для волнения нет никаких причин, что проявляется в постоянном задавании вопроса «А что, если?». Наиболее часто при этом расстройстве бывают жалобы на беспокойство и неспособность расслабиться, возбужденное, нервозное состояние, мышечное напряжение, дрожь, потливость, ощущение сердцебиения, головокружения и головные боли, дискомфорт в области желудка и тошноту. Человек может быть раздражительным, утомляемым, иметь трудности с концентрацией внимания, с трудом засыпать и иметь неглубокий, беспокойный и недостаточный сон. У детей с генерализованной тревогой может быть особо выражена потребность в том, чтобы их успокаивали. В целях привлечения внимания они могут предъявлять различные соматические жалобы.

Дети с генерализованным тревожным расстройством склонны обращать внимание на любую пугающую информацию в новостях, книгах, фильмах и связывать ее со своей собственной жизнью. Они всегда ожидают наихудшего исхода событий и считают, что сами они никогда не смогут справиться с трудной ситуацией. Застенчивость, неуверенность в себе, постоянное ожидание поддержки, предъявление к себе завышенных требований и боязнь критики часто характеризуют личность детей с этим расстройством.

Агорафобия включает страхи любых ситуаций, могущих возникнуть в открытых пространствах вне дома. С боязнью открытого пространства обычно связано опасение действий толпы, невозможности быстро вернуться в безопасное, защищенное место, страх очутиться на людях в беспомощном состоянии. К агорафобиям относят страхи выходить из дома, ездить одному в транспорте, находиться в местах скопления людей. Человек становится полностью прикованным к дому. В крайнем случае он даже вообще отказывается от любой деятельности вне дома. В ряде случаев агорафобия может сопровождаться паническим расстройством.

Социофобия (социальная тревога) часто возникает в подростковом возрасте. Она концентрируется вокруг страха привлечь внимание со стороны окружающих людей в сравнительно маленьких группах или в ограниченном пространстве (например, в школьном классе). Люди, страдающие социофобией, боятся обнаружить собственную некомпетентность или недостаточность в присутствии других людей, опасаются «позора» или замешательства, характеризующего их как «неумелых» партнеров. Поэтому они не любят публичных выступлений и дел

(особенно таких интимных, как еда или туалет), разговоров и встреч с незнакомыми людьми (не входящими в узкий круг семьи или близких коллег). Подростки с социофобией часто отказываются отвечать урок в классе или работать у доски. Они более замкнуты, чем окружающие дети, остро реагируют на критику и осуждение. Им тяжело посещать занятия в школе, участвовать в общественных мероприятиях, усваивать навыки социального взаимодействия. Попадая в центр внимания, люди с социофобией испытывают покраснение лица, тремор рук, тошноту, позывы к мочеиспусканию. Иногда они убеждены, что именно эти соматические проявления тревоги являются основной проблемой, по которой они избегают общества.

Следует иметь в виду, что социальная тревога и застенчивость в подростковом возрасте вполне нормальны. К социофобиям следует относить только чрезмерную и постоянную тревожность в публичных ситуациях. Одним из специфических проявлений социофобии является *избирательный мутизм* — отказ разговаривать в определенных публичных ситуациях. Обычно ребенок спокойно разговаривает дома или с близкими друзьями, однако молчит в школе или с незнакомыми людьми.

Специфические изолированные фобии всегда связаны со строго определенными ситуациями или объектами (животными, насекомыми, высотой, грозой, общественным туалетом, видом крови, экзаменом, уколом и т. п.), а также — заболеваниями. Для специфических фобий характерен страх перед чем-либо, что в конкретном случае для конкретного человека представляет ничтожную угрозу или не представляет опасности вовсе. У человека с таким расстройством возникает ярко выраженный, устойчивый чрезмерный или неоправданный страх при столкновении или предчувствии столкновения со специфическим объектом или ситуацией.

Как правило, попытки окружающих разуверить страдающих людей в том, что их страхи необоснованны, не приводят к результату. Считается, что специфические фобии возникают в результате биологической предрасположенности к приобретению определенных страхов, связанных с источниками возможных опасностей.

В зависимости от фокуса страха выделяют пять типов специфических изолированных фобий:

- фобии животных;
- фобии явлений природной среды;
- фобии крови, инъекций и травм;
- ситуативные фобии (полет в самолете, прохождение по мосту, езда в лифте и т. п.);

- прочие фобии (например, громких звуков, болезней и т. д.).

Специфические фобии могут формироваться в любом возрасте, но чаще всего — в возрасте 10–13 лет. Если фобии формируются в возрасте до 9 лет, их следует признать нормальными. Патологическими специфические фобии становятся тогда, когда они существуют длительное время и оказывают сильное фрустрирующее и деструктивное влияние на ребенка.

Основным признаком *панических расстройств* являются частые повторные приступы чрезвычайно сильного страха и дискомфорта, которые не связаны с определенной ситуацией или опасными обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Ранее панические расстройства классифицировались в клинической психологии как «латентная тревога» или «невроз сердца». Сами по себе приступы паники, если они возникают в связи с имеющимися фобиями (например, при виде пауков или чужих людей) или на фоне депрессии, не являются самостоятельным психическим расстройством. Однако в подростковом возрасте (в период 15–19 лет) в связи с началом сексуального созревания у ребенка могут начаться спонтанные панические атаки, связанные с неожиданно возникающими сердцебиениями, болями в груди, ощущениями удушья, головокружений, слабостью в ногах, обмороками и чувством нереальности происходящего. Так как этим атакам ребенок не может найти рационального объяснения, у него часто возникает страх потери контроля над собой или страх сумасшествия, может возникать страх внезапной смерти. У людей, переживших большое число неожиданных, ничем не обусловленных панических атак, развивается вторичный страх возникновения таких приступов. Они начинают избегать специфических ситуаций, мест, видов деятельности, в которых возникали эти страхи, а также начинают бояться остаться одни, без посторонней помощи и поддержки. На фоне панического расстройства могут возникать сопутствующие расстройства настроения — депрессии, дистимии, а также возникать склонность к злоупотреблению психоактивными веществами.

Тревожность — склонность индивида к быстрому возникновению у него состояния тревоги по поводу реальных или воображаемых опасностей.

В американской клинической психологии тревожные расстройства рассматриваются более широко, поскольку главным признаком здесь является простой факт наличия тревоги. В европейской традиции, к которой относится и отечественная клиническая психология, в тревожные расстройства как патологию эмоций не включаются навязчивые и стрессовые расстройства.

3.8. Расстройства настроения

Настроение — это эмоциональное состояние, характеризующееся сменой радости и печали в зависимости от обстоятельств. Расстройства настроения характеризуются чрезмерной гипо- или гипертимией. К основным расстройствам настроения относятся депрессивные расстройства и биполярное аффективное расстройство.

Депрессия характеризуется переживанием глубокой печали, разочарования и уныния, которое сохраняется бо́льшую часть дня и почти ежедневно. Человек в депрессии не реагирует на внешние обстоятельства жизни, не проявляет интереса к выполнению всех или почти всех видов деятельности, не получает удовольствия от того, что раньше нравилось. Он отдаляется от своих друзей, семьи, предпочитая проводить время в одиночестве и размышлениях. Его размышления часто связаны с идеями или действиями, направленными на самоповреждение, самоуничижение. Будущее воспринимается мрачно и пессимистично. Человек с депрессией не чувствует в себе сил что-либо делать, склонен считать любые действия бессмысленными. Любой нормальный человек испытывает депрессию, столкнувшись с несчастьем или безвыходной ситуацией, разочарованием в ком-либо или чем-либо. Однако у некоторых людей, в том числе — детей, такое состояние сохраняется в течение продолжительного времени: от трех месяцев до года. К сожалению, родители и педагоги часто «списывают» плохое настроение детей на недосыпание или «погоду» и не всегда усматривают в длительно протекающей депрессии психическое расстройство. Распознанию депрессии часто мешает то обстоятельство, что она нередко сопровождается повышенной раздражительностью, капризностью, истерическими выпадами, психомоторным возбуждением, деструктивным поведением, криками, язвительными злыми замечаниями (особенно если ребенка пытаются как-то активировать или заставить что-то делать, нарушают его одиночество и т. п.). С помощью возбуждения ребенок как раз и пытается справиться с депрессией. Поэтому депрессивные расстройства совсем не обязательно делают человека печальным и унылым. Депрессивное расстройство также может проявляться в нарушениях сна (человек часто пробуждается ночью, очень рано просыпается по утрам без всякой причины, а днем испытывает сонливость, различные беспричинные боли, упадок сил), расстройствах приема пищи (слишком повышенный или, наоборот, пониженный аппетит). Специфическим признаком депрессивного расстройства является то, что по утрам настроение человека значительно хуже, чем к вечеру.

В зависимости от возраста дети по-разному переживают и проявляют депрессию. У дошкольников депрессивное расстройство чаще проявляется в форме унылого, пассивно-безразличного, аутичного (замкнутого в себе), заторможенного поведения. Они испытывают чрезмерную привязчивость, плаксивость. Им недостает фантазии в играх, живости и энтузиазма в игре. У подростков более выражена агрессивность и конфликтность, отчаяние и суицидальные тенденции, самоуничижительные мысли. Они часто ссорятся с родителями по поводу выбора друзей или позднего возвращения домой, испытывают сильное чувство вины и страдают от одиночества (в том числе — от одиночества «в толпе», когда имеющийся круг общения их не удовлетворяет). Именно потому, что деструктивное поведение привлекает к себе больше внимания, чем внутреннее состояние ребенка, депрессивное расстройство часто оказывается незамеченным. На фоне депрессивного расстройства часто возникают сопутствующие психические нарушения: тревожные расстройства, навязчивости, синдром гиперактивности и дефицита внимания, злоупотребление психоактивными веществами.

Депрессивные расстройства очень обманчивы, поскольку они часто проходят как бы сами собой. Однако впоследствии самопроизвольно разрешившиеся депрессивные расстройства увеличивают риск возникновения повторных депрессий и других психических расстройств.

Возникновение депрессий имеет множество причин. Каждый фактор — биологический, личностный, социально-психологический — может вносить свой вклад в их возникновение.

У людей, склонных к возникновению депрессивных расстройств, отмечается дисбаланс электрической активности лобных долей головного мозга. Основные нейробиологические корреляты депрессии сосредоточены на гипоталамо-гипофизарно-надпочечной оси — эндокринной системе, регулирующей активность мозга во время реакции на стрессовые события: при депрессиях отмечается пониженная активность биогенных аминов (серотонина, норадреналина, дофамина) и повышенная секреция кортизола. При таком функционировании организма психика становится чрезвычайно чувствительна к стрессовым психосоциальным факторам — жизненным кризисам.

Именно кризисные жизненные события (переезд на новое место жительства, смена школы, смерть близкого человека, экономическая нужда и т. п.) следует признать основным провоцирующим фактором депрессивного расстройства. Роль этого фактора усиливается при сочетании с факторами «социальной уязвимости» — недостаточной социальной поддержкой личности, особенностями воспитания и враждебным социальным окружением.

В семьях, где ребенок страдает депрессией, к нему проявляется более критичное отношение, больший контроль, недостаток эмоционального общения. Имеется тесная связь между детской депрессией и разладами в семье.

Предрасполагающую роль играют и личностные факторы. В первую очередь — дисфункция когнитивных процессов. А. Бек рассматривал в качестве личностной основы депрессивного расстройства изменения в системе отношения личности к себе, к другим и к своему будущему. Негативные когнитивные схемы возникают в неблагоприятном опыте межличностных отношений (особенно в раннем детстве) и активируются в аналогичных стрессовых ситуациях. Отношения гиперконтроля между родителями и ребенком провоцируют у последнего чувство недостаточного контроля над неблагоприятными воздействиями извне, стремление получать положительное подкрепление только со стороны других (референтных) людей и тенденцию приписывать все неудачи собственной жизненной некомпетентности (пессимистический стиль атрибуции).

Биполярное аффективное расстройство характеризуется резкими, циклическими перепадами настроения между гипертимным и гипотимным полюсами. Бодрое настроение, повышенная энергичность и активность вдруг сменяются снижением настроения, понижением энергичности и активности. В зависимости от степени выраженности маниакального или депрессивного полюса в колебаниях настроения выделяют два типа биполярного аффективного расстройства. В случае выраженности маниакальных характеристик гипертимии речь идет о биполярном расстройстве первого типа. Если нарушение протекает в рамках гипоманиакальной формы гипертимии, речь идет о биполярном расстройстве второго типа.

Маниакальные (гипоманиакальные) эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от 2 недель до 4–5 месяцев. В это время человек проявляет сильную раздражительность и вспышки гнева или же просто ведет себя неразумно, легкомысленно. В общении он чрезвычайно болтлив и настойчив. Может «сорить» деньгами просто ради забавы, чрезмерно увлекаться азартными играми, стремиться к множественным сексуальным связям и флирту, браться за большой объем работы и с легкостью брать на себя чрезвычайную ответственность, легко возбуждаться в случае возникновения даже незначительных препятствий на своем пути. Может не чувствовать потребности в сне. В высказываниях прослеживается неадекватно завышенная самооценка, преувеличение собственной значимости и могущества, в намерениях полон грандиозных планов. Берется за множество идей сразу,

не прорабатывая ни одну из них до конца, но вязко и детально рассуждая о частных аспектах своих мыслей. При этом также возникает рассеянность и постоянное переключение с одной мысли на другую.

Критичность по отношению к своим возможностям и способностям в маниакальном эпизоде резко снижается. В крайних случаях возникают бредовые и галлюцинаторные расстройства, тематика которых связана с неимоверной собственной значимостью и могуществом. При этом никаких логических объяснений своей значимости и могущества человек предъявить не может. Например, подросток с биполярным расстройством в маниакальном эпизоде может утверждать, что в будущем станет знаменитым ученым, и при этом игнорировать свои школьные неудачи, объясняя их некомпетентностью учителей и правом подростка самому выбирать себе предметные области, достойные изучения.

Через некоторое время эпизод крайнего возбуждения сменяется состоянием подавленности или спокойствия. Депрессивные эпизоды настроения при биполярном расстройстве могут предшествовать, сопровождать или следовать за маниакальным эпизодом. Депрессии при этом расстройстве имеют тенденцию к более продолжительному течению — в среднем около полугода. Если маниакальный эпизод имеет четко выраженное начало и завершение, то депрессия является постоянным фоном нарушения настроения. Несмотря на то, что в маниакальном эпизоде подросток выглядит бодрым и веселым, чрезмерно подвижным и активным, как правило, при более внимательном отношении к нему можно заметить, что приподнятое настроение контрастирует с происходящими в настоящий момент неприятностями, конфликтами и проблемами в школе или дома.

Смена полюсов настроения, как правило, связана с переживанием стрессовых ситуаций или психических травм.

Первый эпизод нарушения может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства, кончая старостью. Но чаще всего начало приходится на возраст 15–19 лет. У большинства биполярное расстройство начинается с тяжелой депрессии, на фоне которой впоследствии отмечаются вспышки маниакального изменения настроения.

Биполярное расстройство имеет ярко выраженный наследственный характер: если один из родителей страдает биполярным расстройством, вероятность возникновения этого расстройства у ребенка составляет 25 %; если оба родителя страдают биполярным расстройством, вероятность развития расстройства у ребенка составляет 50–75 % [19]. Однако психосоциальные факторы играют важную роль в том, как проявится генетическая предрасположенность.

3.9. Нарушения сознания

Сознание является предметом изучения многих наук, каждая из которых исследует его определенную сторону. Психопатология изучает расстройства сознания, наступающие вследствие соматической, психической болезни или иных нарушений психической деятельности.

Сознание — наивысшая, свойственная только человеку функция головного мозга, выражающаяся в целенаправленном отражении мира, предварительном построении действий, предвидении их результатов, регулировании взаимоотношений человека со средой и познании мира. Сознание — это не только знание само по себе, но и отношение к познаваемому.

Сознание является функцией мозга. Кроме того, сознание определяется воздействием среды путем общественной практики, которая благодаря психической деятельности трансформируется в сознательное, субъективно-идеальное. Психическое развитие детей, живущих в условиях строгой изоляции или в среде животных, не достигает уровня сознания.

Физиологической основой сознания, по И. П. Павлову, является деятельность определенного участка коры большого мозга (творческого отдела больших полушарий), обладающего в данный момент, при данных условиях оптимальной возбудимостью. Физиологический механизм сознания с его целенаправленной деятельностью и предвосхищением цели предусматривает восприятие раздражений рецепторами, возникновение временных связей в ЦНС, правильное соотношение процессов возбуждения и торможения, их подвижность.

Таким образом, понятие расстроенного сознания охватывает совокупность многих взаимосвязанных и взаимообусловленных состояний. В психопатологии основным признаком расстройства сознания считают дезориентировку различной степени.

Психическая жизнь человека помимо сознания включает в себя и несознательные, или подсознательные психические процессы. Поэтому отождествление понятий сознания и психической деятельности ошибочно, так как психика может не достигнуть уровня сознания. Понятие психики шире понятия сознания, причем имеется различная градация степени сознательности психической деятельности. Кроме того, уровень развития сознания также неодинаков, например, у детей и у подростков, у ребенка и у взрослого.

Сознание — это не только знания сами по себе, как продукт познавательной деятельности, но и отношение к тому, что познается,

целенаправленное предвосхищение будущего. С.С. Корсаков подчеркивал, что для сознания характерна именно связь знаний, обусловливающая целенаправленную деятельность. Сознание, таким образом, представляет собой не столько сумму психических процессов, сколько новое качество психики, вытекающее их всех ступеней познания.

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах. Поэтому в структуру сознания входит *самосознание* — выделение себя из объективного мира, осознание своей личности, своего тела, своих психических функций. Самосознание (частная сторона сознания) включает в себя осознание своего отношения к окружающему миру, своей деятельности в нем. Зрелый человек постоянно анализирует и оценивает свои мысли, чувства, переживания. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей и переживаний, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Отделение своего внутреннего от внешнего называется этапом аллопсихического самосознания и формируется у человека в возрасте трех лет (с этого возраста в речи ребенка появляется местоимение «я»).

Этап формирования соматопсихического самосознания, т. е. способность оценивать свое физическое Я начинается с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую стороны своего тела примерно в возрасте 6–7 лет. Лишь к 13–14 годам у человека появляется способность адекватно оценивать свое психическое Я (этап аутопсихического самосознания). Таким образом, полное осознание себя во всех аспектах формируется лишь к пубертатному возрасту.

Определение сознания в клинической психологии и психиатрии

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее «рабочим». Ведущий современный психиатр А.В.Снежневский говорит, что «если подходить к сознанию в философском смысле, то мы естественно должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается». Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. А. Рубинштейн, говоря о целесообразности «разведения» психического нарушения и нарушения сознания как обладающих специфическими признаками.

Это понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как «условное», базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена

различных психиатрических феноменов. Соответственно, при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности, и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т. п. Метафорические признаки «ясности» и «помрачения» сознания, введенные К. Ясперсом, стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
3) разные степени бессвязности мышления;
4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

Отрешенность от внешнего мира проявляется в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы.

Дезориентировка выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже в собственной личности. Иногда у больных отмечается так называемая двойная ориентировка, когда пациент находится одновременно в двух ситуациях, местах. Он убежден, что лежит в московской больнице и одновременно пребывает в командировке на Сахалине. Происходящие вокруг больного события совсем не привлекают его внимания или воспринимаются неправильно, искаженно (иллюзорное или галлюцинаторное восприятие).

Нарушение памяти выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания.

Нарушение мышления — в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, проявлении вторичного бреда.

Клинические формы нарушения сознания. Патология сознания сопровождает многие психические и тяжелые соматические заболевания, но во всех случаях она укладывается в пять основных синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция. Появление этих синдромов свидетельствует об утяжелении клинической картины заболевания, это реакция мозга на ту или иную эндогенную или экзогенную вредность.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения длится от нескольких минут до нескольких часов.

Различают три степени оглушения: обнубиляцию, ступор и кому.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Делирий заканчивается относительно кратковременной соматопсихической астенией, во время которой может сохраняться «галлюцинаторная готовность» (положителен симптом Липмана). Так протекает типичный делирий. Выделяют, кроме того, неразвернутый (абортивный), профессиональный и муссситирующий делирий.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания. Впервые описано Майер-Гроссом, характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные совершают

межпланетные путешествия, оказываются среди «жителей Марса». Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, «как рушатся здания», «проваливается метро», «раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве».

Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

При онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т. е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминание о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они

механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название *absence* (отсутствие — фр.).

Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) — сумеречное помрачение сознания, представляющее собой вариант амбулаторного автоматизма, но в отличие от него наступающее во время сна.

Фуги и трансы — кратковременные сумеречные (1–2 мин) помрачения сознания с двигательным возбуждением: больной куда-то бежит, снимает и надевает одежду, совершает другие импульсивные действия.

Аментивный синдром (аменция). Помрачение сознания, проявляющееся дезориентировкой как в собственной личности, так и в окружающей обстановке. При этом на первый план выступают не страх и возбуждение, как при делирии, а растерянность, бессвязность мышления, речи и движений. Речь таких больных без модуляции, представляет собой бессмысленный набор слов, отличается обилием персевераций и вербигераций. У подростка в таком состоянии лицо выражает недоумение, растерянность, ему трудно осмыслить окружающее, он много раз спрашивает, где он, что происходит вокруг. Галлюцинаторные переживания носят отрывочный и нестойкий характер. В отличие от делирия, аментивный синдром характеризуется более длительным помрачением сознания (недели и даже месяцы), а по выходе из него отмечается амнезия. Наиболее часто это состояние наблюдается при психозах, возникших на фоне инфекционных заболеваний и интоксикаций (тяжело протекающий грипп, кишечные инфекции и др.).

Коматозное состояние. Глубокое расстройство сознания, характеризующееся отсутствием реакции на внешние раздражители, нарушением жизненно важных функций организма. Если же при таком состоянии появляются защитные реакции на сильные раздражители внешней среды, говорят о ступоре, или ступорозном состоянии. Эти состояния у детей наблюдаются при тяжелых инфекциях и интоксикациях, эпилепсии, энцефалите, менингите, травматических повреждениях и опухолях мозга.

Деперсонализация. Типичным проявление нарушения самосознания является *деперсонализация*, или чувство отчуждения от собственного Я, обычно касается личности в целом, включая отдельные психические и соматические функции. Деперсонализация — это расстройство самосознания, при котором изменяется восприятие собственной личности, «своего Я», утрачивается чувство единства личности. Собственные мысли и действия воспринимаются с чувством

отчуждения, раздвоения, расчленения собственного Я. В этом состоянии больной говорит о себе в третьем лице, ощущает зависимость своих мыслей, неуправляемость ими, они являются для него как бы чуждыми, насильственно внушенными. Варианты деперсонализации многообразны, наблюдается она при многих психических заболеваниях, чаще всего при шизофрении.

ГЛАВА 4. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

4.1. Психосоматические расстройства и болезни

Под психосоматическими расстройствами понимаются симптомы и синдромы нарушений соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Термин «психосоматика» в 1818 г. ввел в науку немецкий врач Р. Хейнрот. В современной медицине термин «психосоматический» используется как в узком смысле, применительно к конкретной группе заболеваний (эссенциальная гипертония, бронхиальная астма, нейродермит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарный диабет и др.), так и в широком смысле как целостный научно-практический подход, реализуемый по отношению к любому виду патологии в рамках целостного изучения и интерпретации болезней, с позиции биопсихосоциальной концепции заболеваний, формирующихся на почве множественных этиологических факторов. А. Р. Лурия писал о том, что, по существу, «вся медицина является психосоматической», имея в виду тот факт, что психологические, психосоциальные факторы в большей или меньшей степени включены в этиопатогенез любого заболевания, соматического или нервно-психического, влияя в той или иной мере на ход течения и исход болезни. По его мнению, нет только психических и только соматических болезней, а есть лишь живой процесс в живом организме; его жизненность и состоит в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни.

Теории психосоматических расстройств

Кортико-висцеральная теория. Источники кортико-висцеральной теории, представляющей биологическое направление в интерпретации психосоматических заболеваний, можно обнаружить в трудах И. М. Сеченова и И. П. Павлова, К. М. Быков и И. Т. Курцин, базируясь на полученных лабораторных и клинических материалах, сформировали

представления о том, что пусковыми механизмами психосоматических расстройств могут быть факторы внешней и внутренней среды или нарушения экстеро- и интероцептивной организации, приводящие к конфликту между возбуждением и торможением в коре и подкорковых образованиях. Было сделано заключение, что в большинстве случаев носителями психосоматических расстройств являются личности со слабым и неуравновешенным сильным типом нервной системы. Избирательность локализации болезненного процесса связана с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью. При ослаблении какой-либо физиологической системы (органа) она и вовлекается в патологический процесс независимо от конкретного психологического содержания конфликта.

Концепция «десоматизации и ресоматизации» (М. Шур). В основе — представление о неразрывной связи соматических и психологических (эмоциональных) процессов в периоде раннего детства, которая ослабевает по мере взросления человека.

«Десоматизация» — это нормальное развитие. «Ресоматизация» — измененные варианты развития.

У инфантильных лиц, предрасположенных к психосоматическим заболеваниям, недостаточно дифференцированы эмоциональные и соматические проявления, поэтому у них эмоциональное нарушение легко трансформируется в соматическое. Причины психосоматических заболеваний, по мнению автора, связаны с провалами в деятельности «Эго» и регрессией на более низкий уровень психосоматического функционирования. Зрелое «Эго» обеспечивает адекватный контроль побуждений и эмоций: независимость от непроизвольных средств разрядки побуждений. Если же под влиянием стресса защитные механизмы разрушаются, происходит регрессия на физиологический уровень реагирования и возникают условия для формирования сердечно-сосудистых, пищеварительных и других расстройств. При наличии физиологического сопровождения эмоции ее осознания как специфического психологического переживания на уровне психической деятельности не происходит.

Психодинамическая концепция. Заболевание — результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к окружающей среде. Причины индивидуальных различий в реализации силы Я через защитные механизмы. Поражение той или иной системы или органа зависит от содержания бессознательного конфликта *(конверсия).* Теория «символического языка органов» утверждает, что асоциальные мысли, стремления, фантазии, воспоминания, переживания, которые противоречат представлениям личности о себе и о мире,

будучи устранены из сферы сознания с помощью механизмов вытеснения, продолжают оказывать значительное влияние и проявляются в расстройствах внутренних органов.

Концепция констелляции личностных черт (Ф. Данбар). Содержание конфликта не только определяет болезнь, но и влияет на содержание личностных качеств человека, особенности его эмоций и мышления. Для определенной болезни специфичным является взаимодействие определенных личностных факторов и эмоциональных конфликтов. Эмоциональные реакции являются производными от личности больного, что позволяет предполагать и прогнозировать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Были описаны «коронарный личностный тип», «язвенный личностный тип», «гипертонический», «склонный к повреждениям личностный тип» и др. Я. Рейковский выразил эту идею так: «Личность определяет характерные типы эмоционального реагирования и тем самым повторяемость физиологических изменений в организме», вследствие чего через ряд промежуточных вегетативных инстанций развивается соматическое заболевание.

Большинство исследователей, интерпретирующих соматическую болезнь как выражение специфической структуры личности, согласны с наличием психосоматического (поведенческого) типа «А» с его амбициозностью, соревновательностью, конкурентностью, склонностью к доминированию и контролю за всем окружающим, с постоянным самопобуждением к интенсивной деятельности, — типа личности, который является одним из факторов риска возникновения психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Теория специфичности Ф. Александера. Ф. Александер предположил, что симптом — это не символическое замещение подавленного конфликта, а нормальное физиологическое сопровождение хронизированных эмоциональных состояний. Любая эмоциональная реакция, не нашедшая выхода в данный момент, имеет свой относительно четко очерченный соматический эквивалент.

Основные положения теории Ф. Александера:

1. Психологические факторы, ведущие к соматической болезни, представляют собой установки больного по отношению к себе или к окружающему миру.

2. Сознательные психические процессы имеют подчиненную роль в возникновении соматических симптомов, так как они могут быть свободно и произвольно выражены в словах. Подавленные тенденции вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальная жизненная ситуация ускоряет болезнь.

Концепция алекситимии

В основе психосоматических заболеваний лежит ограничение способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче.

Для алекситимических личностей характерны:

- трудности в определении и описании собственных чувств;
- трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- снижение способности к символизации (бедность фантазии и воображения);
- фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях;
- сон без сновидений.

Как социокультуральный феномен алекситимия связана с низким социальным статусом, невысоким уровнем образования, недостатком словесной культуры.

4.2. Психосоматические аспекты различных заболеваний человека

Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний

Сердце и сосуды участвуют во всех формах жизнедеятельности, хотя в норме человек этого не осознает. Издавна известны такие факторы риска, как неправильное питание, ожирение, курение и злоупотребление алкоголем, в которых отражаются особенности личности. Психическая сфера также определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах. Патологические нарушения в сердечно-сосудистой системе связаны со страхом, гневом, яростью, тоской и другими отрицательными эмоциями. Происходящий при этом выброс адреналина вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда, что в свою очередь приводит к состоянию беспокойства и страха.

Если из-за внешних задержек или внутреннего торможения уже подготовленная активизация кровообращения не реализуется, в течение длительного времени может сохраняться возбуждение в ожидании выполнения действия. Возможна и обратная ситуация: вытесненная из сознания установка на действие приводит к замещающему ее напряжению в системе кровообращения.

Эссенциальная гипертония. Артериальная гипертония часто начинается тогда, когда человек пребывает в ситуации хронического напряженного ожидания. Провоцирующими ситуациями часто бывают длительные состояния страха, нехватка времени и нарастающее напряжение. Кроме того, описываются ситуации, в которых имеется возможность разрядки враждебности и агрессивности, но этого не происходит в силу торможения или щепетильности. У гипертоников существует связанная со страхом хронически подавляемая агрессия. В то же время существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других людей и поэтому контролируют проявления своей враждебности. В детстве они обычно склонны к приступам ярости и агрессии. Понимание возможности потерять из-за своей агрессивности расположение родных и близких заставляет ребенка контролировать свою враждебность и скрывать ее.

У взрослого от сверхсовестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева, неприязни, со временем требующие все больших усилий для их сдерживания. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения.

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда. Психические факторы в целом действуют только совместно с известными соматическими факторами риска (гиперхолистеринемия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, избыточная масса тела).

Выделяют три варианта таких связей:

- Эмоции и душевные нагрузки оказывают прямое влияние на коронарное кровообращение, проницаемость эндотелия (через катехоламины) и непосредственно на сердце.
- Психосоматические влияния существенны для возникновения артериальной гипертонии; одновременно они оказывают влияние на обмен жиров и вызывают как общий атеросклероз, так и атеросклероз коронарных сосудов.
- Психосоматические факторы приводят к злоупотреблению курением и алкоголем и оказывают воздействие на поведение в виде повышения пищевой потребности, что приводит к ожирению.

Коронарные больные придают мало значения предвестникам инфаркта миокарда. Эти больные вытесняют свои неприятные ощущения и до поры до времени склонны считать их пустяками.

Межличностные разочарования с выраженным характером расставания и профессиональными неудачами с отчетливым эмоциональным компонентом потери представляют для потенциального больного инфарктом в особенности большую угрозу. Поскольку у пациента

одновременно имеется нарциссическая обида, появляется неустойчивость таких душевных качеств, как внутренняя уверенность и чувство благополучия, имеется отчетливая депрессивная окраска.

К факторам риска относятся напряженный жизненный ритм, стремление к успеху и социальной значимости, беспокойно-напряженная деятельность.

Развитие ишемической болезни сердца характеризуется с психосоматических позиций как последовательное чередование определенных стадий — синдромов гиперактивности, сверхкомпенсации и крушения.

Синдром гиперактивности. Первично честолюбивые и трудолюбивые личности проявляют экспансию и злость как доминирующий стиль поведения. Трудные ситуации переживаются как испытания их способности к решению проблем. У них преобладает чувство гневливой раздражительности. Легко можно представить, что люди с таким избытком потребности в соперничестве, враждебности, агрессивности, чувством нехватки времени и нетерпеливостью могут ожидать от окружающих реакции противостояния. Так складывается выраженное агрессивное, эгоистическое поведение.

Синдром сверхкомпенсации. Постоянное внешнее давление, которое провоцируется соответствующим поведением, приводит к хроническому напряжению. Возможным выходом из положения является увеличение продолжительности работы. Возникающий при этом синдром нарушения ночного сна также оценивается как чувствительный показатель качества, изменения соотношения между субъективным самочувствием и объективно существующими формами перегрузки.

Синдром крушения. Эмоциональное состояние перед развитием инфаркта миокарда определяется как истощение и депрессия на фоне стереотипного поведения гиперактивного агрессора. Такие люди, которые долгое время направляют гиперактивность и враждебность вовне, в конце концов обращают их против самих себя.

Кардиофобический невроз. Конфликт, который с большим постоянством обнаруживается при кардиофобическом неврозе, — это конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой, — ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Конфликт в виде разрыва четко связан с вызывающей его ситуацией (смертью близких, отъездом, болезнью) — со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Смерть окружающих пациенты переживают так, как если бы это была их собственная судьба. Возникают внешние и внутренние трудности при разрыве тесных связей с матерью и отцом.

У подавляющего большинства больных можно наблюдать обычную зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, щажение себя, характерную для фобий вообще позицию ухода от трудностей. Они избегают сексуальных контактов, занятий спортом и в конце концов любых физических усилий, которые связаны с учащением сердцебиения. Многие полностью фиксированы на наблюдениях за своей сердечной деятельностью, читают всю относящуюся к этому литературу, ходят по врачам, распространяют свои самонаблюдения на другие части тела.

Вследствие страха или тревоги происходит выброс адреналина, это приводит к тахикардии и повышенной возбудимости с повышением артериального давления, уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая, в свою очередь, вызывает страх и тревожное беспокойство с проекцией на сердце. Увеличение частоты сердечных сокращений снова вызывают страх.

Нарушение сердечного ритма. Чаще всего приступы бывают спровоцированы ситуационными факторами и конфликтами в периоды внутреннего напряжения и при кумуляции эмоций. Провоцирующими приступ ситуациями для них являются ситуации искушения, близкие к «эмоциональной самоотдаче» или скрытой агрессии, которая при угрожающем крушении защиты разряжается в виде приступа.

Психосоматика желудочно-кишечных заболеваний

Новорожденный ребенок в функционально-психологическом отношении являет собой сплошной рот. Это самый главный инструмент взаимодействия новорожденного с окружающим. Так или иначе, но кормление и чувство сытости в дальнейшем с развитием ребенка и становлением уже зрелой личности не только служат для достижения насыщения, но и опосредуют собой заботу, чувство безопасности, ощущение того, что тебя любят. Эта внутренняя связь между психическим состоянием человека и процессом поглощения — выделения приводит к тому, что эмоциональное состояние человека при принятии пищи оказывает влияние на дальнейший процесс переваривания. Такие переживания, как агрессия, опасение, страх, депрессия, тормозят функции желудка и кишечника, нарушают моторику и, как следствие, приводят сначала к функциональным, а при прогрессировании процесса — к органическим изменениям. При опасности или агрессии возникает рефлекторный спазм, напряжение. Человек не только способен есть в таких состояниях, но и прибегает к поглощению большого количества пищи как к успокоительному средству.

Как в дикой природе, так и у человека опорожнение кишечника является проявлением многих эмоциональных состояний. В обыденной

жизни связывается с агрессивными чувствами. Кроме того, анальная область является эрогенной зоной. Задержка выделения может переживаться с приятным чувством.

Страх, внутренняя нужда и неуверенность часто вытесняются в желудочно-кишечные заболевания.

Телесные феномены, относящиеся к пищевому поведению и пищеварению, соотносятся с определенными эмоциональными процессами:

- трудности овладения (стоматит, симптомы слизистой рта);
- неспособность что-то принять или проглотить (нарушения питания, глотания);
- отвергнутость (изжога, рвота, потеря аппетита);
- безуспешные усилия усвоить или переварить (боли в желудке, повышенная перистальтика, пилороспазм, язва);
- невозможность отдать (запоры);
- желание выбросить (поносы).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В типологии язвенных больных предлагается следующее разделение:

1. Психически «здоровый» язвенный больной. Личность со стабильными объектными отношениями, которая при массивной неспецифической или специфической (идущей из сферы оральных переживаний) нагрузке, при сильной регрессии личности и определенной предрасположенности желудка заболевает язвой в качестве единой психосоматической реакции.

2. Язвенный больной с неврозом характера, формированием псевдонезависимых реакций или обсессивно-депрессивными чертами, с оральными конфликтами, заметными окружающим (например, руководитель, распространяющий вокруг себя агрессивное напряжение). Конфликт декомпенсируется при хроническом течении вследствие особых переживаний обиды, неудачи, любовной потери после двухфазного вытеснения.

3. «Социопатический» язвенный больной. Пассивно-зависимые больные, склонные к инстинктивному или параноидно-кверулянтным типам поведения, внешне проявляющие свои оральные конфликты как «асоциальные больные» (например, алкоголики, невротики), заболевают уже при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе.

4. «Психопатический» язвенный больной. Невыразительные личности, представляющиеся ригидными и механическими в образе жизни и объектных отношениях, производящие при исследовании чувство полной пустоты отношений. Они в состоянии видеть в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах (часто в связи с потерей объекта) привычно психосоматически реагируют.

5. «Нормопатический» язвенный больной, чрезмерно ориентированный на нормальность поведения, с отчетливыми ограничениями личности на основе выраженной тенденции отрицания (например, реальности собственного состояния истощения и самочувствия).

В отношении неспецифического поведения различают пассивный и гиперактивный тип язвенного больного.

При пассивном типе бессознательный страх быть покинутым стоит на первом плане и ведет к постоянному напряжению. В результате каждое сомнение, отсутствие любящего взгляда может вызвать паническую реакцию. Жизненная стратегия заключается в том, чтобы быть защищенным. Мужчины этого типа часто выбирают в жены тип своих заботливых матерей.

При гиперактивном язвенном типе желания зависимости очень сильны, однако отвергаются больными. Этот тип ищет успеха, но в целом неуспешен, поскольку предметом его стремлений являются признание себя и престиж. Они отказываются от своих желаний, происходящих из оральной сферы переживаний, и тем самым фрустрируют сами себя.

Запоры. Пациенты, страдающие запорами, часто обнаруживают так называемую анальную триаду Фрейда: упрямство — любовь к порядку — бережливость. Эти признаки и их крайности — нетерпимость, педантизм и скупость — начинают развиваться с детства, в ситуациях со строгой матерью, которая очень требовательна к детям в отношении дарения и получения подарков. Все, что они сами получили в подарок, они должны в соответствии с требованиями родителей тут же разделить с другими. Эти дети и сами становятся чрезмерно требовательны в этом отношении. Матери часто не способствуют переживанию полноты, изобилия, поэтому оральные фрустрации и анальные страхи утраты объединяются и отдача может связываться с негативными эмоциями.

Хронические запоры наблюдаются по большей части у тревожных и депрессивных, внешне спокойных, но внутренне напряженных, малообщительных и неуверенных в себе пациентов. Иногда запор развивается как компенсация чрезмерного наслаждения тратами. Хронический запор в детстве следует понимать как протестную реакцию, в том числе как протест против чрезмерно педантичного обучения опрятности.

Выявлены следующие связи переживания при хронических запорах:

- телесный радикал протестной реакции;
- попытка удержать, чтобы овладеть, выстоять;
- отступление в страхе;

- страх и защита от слишком большой отдачи;
- связь дефекации с «грязными» побуждениями, воспринимаемыми с чувством вины или как опасные, и поэтому отвергаемые.

Эмоциональная диарея. Личность характеризуют страх перед авторитарными фигурами и чувство беспомощной зависимости. Относящийся к симптому вытесненный психологический фактор — это сильная потребность дарить и делать добро. Несамостоятельное поведение больных поносами, их склонность все отдать являются выражением страха, но это можно интерпретировать также как подчиненность перед более сильным, обычно перед авторитетом отца.

Синдром «раздраженной кишки». В ситуации, вызывающей заболевания, и в темах конфликтов часто видна связь со страхами: перед экзаменами, при недоразумениях с учителями, руководителями или родителями. В картине личности часто обнаруживаются реактивные структуры: больные контролируют все проявления чувств, внешне выглядят бодрыми, подчеркнуто упорядоченными, умело скрывают свои страхи, причем нередко посредством утрированно мужской манеры держаться. Все их поведение определяет латентный страх потерять свое лицо и выпасть из роли независимо от того, проявляют они агрессивность или слабость. Характерно, что в большинстве случаев переживание страха вытесняется из сознания и проявляется изолированно на уровне соматической сферы.

Язвенный колит и болезнь Крона. У большинства больных непосредственно перед началом заболевания в ситуациях с потерей значимого лица обнаруживаются тяжелые переживания, которые отрицаются из-за психической значимости. Так как больные отвергают свои эмоциональные переживания, они не способны к переработке потерь или расставаний. Таким образом, заболевание может рассматриваться как эквивалент реакции печали на фоне эмоциональной незрелости.

Нарушение глотания. Психосоматическое значение имеют следующие синдромы:

- заглатывание воздуха;
- затруднение глотания с чувством давления в горле или без него;
- нарушение глотания со рвотой (рвотный невроз);
- «синдром комка» (страх глотания).

Если чувство отвращения к еде или вообще настроенность на протест очень сильны, то может возникнуть даже антиперистальтика с готовностью к рвоте и ее появлением. В процессе развития и воспитания чувство отвращения и отвержения смещается с еды и символически переводится на различные ситуации, личности и внутренние состояния.

«Синдром комка» проявляется ощущением инородного тела в горле, которое затрудняет акт глотания. Некоторые больные испытывают страх перед глотанием как опасение подавиться и таким образом погибнуть от удушья. При этих страхах на первый план выступает ситуация конфликта и разрыва отношений, зависимости от родителей или партнера, когда амбивалентность связей концентрируется на чувстве зависимости с желанием смерти и соответствующим чувством вины. Обычно при этом выявляются истерические конфликтные ситуации или депрессивные состояния с ипохондрическими чертами. Орально-агрессивные импульсы, собственная активность и протест подавляются. При истерических расстройствах прием пищи и глотание связаны с сексуальным вытеснением. Страх перед глотанием пищи или депрессией обусловлен амбивалентным конфликтом разлуки.

Психосоматика пищевого поведения. Стиль питания есть отражение эмоциональных потребностей и душевного состояния человека. Удовлетворение голода вызывает ощущение защищенности и хорошего самочувствия. Контакт с теплым, мягким материнским телом при питании дарит младенцу ощущение того, что он любим. Также возникает приятная фиксация ощущений во время сосания на губах и языке. Сосанием большого пальца руки ребенок пытается повторить этот приятный опыт.

Если ребенок недополучает эмоционального удовлетворения при кормлении, то в момент предлагаемого питания начинает глотать поспешно, не испытывая насыщения. Этот тип поведения является ответом младенца на незащищенные, нарушенные отношения с матерью. Предполагается, что таким образом закладывается основа для дальнейшего развития тенденций к захвату, зависти и ревности.

Если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, следствием этого может быть развитие у ребенка агрессивности по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок часто не может отреагировать и преодолеть, он может их лишь вытеснить. Взаимопротивоположные чувства к матери обуславливают различные вегетативные реакции. С одной стороны, организм готов для принятия пищи. Если же ребенок бессознательно отвергает мать, это ведет к обратной нервной реакции, к спазмам, рвоте. Это может быть первым психосоматическим проявлением более позднего невротического развития.

Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, но является также коммуникативным процессом.

Ожирение. Ожирение может быть вызвано родителями, когда они систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности отвечают предложением пищи и ставят свое проявление любви к ребенку в зависимость от того, ест ли он. Мать своей чрезмерной заботой задерживает двигательное развитие и готовность к социальному контакту и фиксирует ребенка в пассивно-рецептивной позиции. Психодинамически повышенное поступление пищи объясняется как защита от негативных, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и страха.

Став пассивным и внушительным, человек с ожирением кажется себе более сильным и защищенным. За счет регрессивного приравнивания значений любви и питания человек с избыточным весом утешает себя едой за отсутствие любви к себе. Сфера межличностного взаимодействия представляется наиболее проблемной для людей с ожирением.

Чаще других называют следующие причины ожирения:

- фрустрация (недополучение желаемого) при утрате объекта любви, которая сопровождается подавленностью и повышением аппетита. Дети часто реагируют повышенным аппетитом на рождение младшего ребенка в семье;
- общая подавленность, гнев, страх перед одиночеством и чувством пустоты могут стать поводом к импульсивной еде;
- ситуации, требующие усиленной деятельности и повышенного напряжения (например, подготовка к экзаменам, профессиональные перегрузки), пробуждают у многих людей повышенные оральные потребности, которые приводят к усиленной еде и курению.

Для большинства больных ожирением имеет значение то, что они с раннего детства были склонны к полноте. Также можно думать о предрасположенности в семьях с родителями, у которых существует избыточный вес как традиция. Оральная избалованность часто мотивируется избавлением родителей от чувства вины за свое эмоциональное отчуждение, за равнодушие и внутреннее неприятие ребенка. Оральный отказ является результатом разных форм поведения как сверхзаботливой, так и равнодушной матери.

Нервная анорексия. Термином «анорексия» определяется возникающее в пубертатном периоде (почти исключительно у девочек) болезненное состояние, связанное с желанием похудеть, стать изящной и оставаться такой. В основе этого нарушения лежит подростковый конфликт развития. Больше, чем другие девушки, они переживают физическое созревание — прежде всего менструации и рост молочных желез,— как свою подготовку к исполнению женской роли, считая ее чуждой и чрезмерной для себя.

Нередко это приводит к амбивалентности в отношении своего полового созревания и проявляется в характерном для этого пубертатного периода стремлении вести аскетический образ жизни, причем молодые люди внутренне и внешне дистанцируются от половых ролей и от эндогенно возникающих потребностей и интенсивно ищут другие занятия.

Психодинамический процесс существенно определяется амбивалентным конфликтом близости или дистанции с матерью. С одной стороны, пациенты направляют против себя самоуничтожающую агрессию, которой они наказывают себя за импульсы расстаться с матерью, воспринимаемые как «предательство». С другой стороны, отказ от пищи является попыткой достижения любовной заботы или, если это не удается, средством по крайней мере разозлить других членов семьи, в том числе мать, и с помощью пищевого поведения установить над ними контроль.

Отказ от пищи можно понимать также как защиту от всего инстинктивно-телесного, при этом манифестная защита сдвинута на оральный уровень. Анорексия служит защитой от страхов беременности, что выражается в том, что многие пациентки обосновывают свое пищевое поведение тем, что «ни в коем случае не хотят иметь толстый живот».

Для семей с больными анорексией описаны такие поведенческие характеристики, как чрезмерная заботливость, избегание конфликтов или вовлеченность детей в родительские конфликты. В такой семье каждый стремится навязать другому собственное определение отношений, другой же в свою очередь отвергает навязываемое себе отношение.

Симптоматика анорексии понимается как борьба за власть дочерей с их родителями в рамках чрезмерно связанных отношений, причем собственное тело представляет для больной последнюю сферу, в которой она может отграничиться от требований родителей и проявить сколько-то автономии.

Булимия. Булимия («бычий голод») обозначается как навязчивая еда-рвота или еда-дефекация. Как и нервная анорексия, булимия проявляется преимущественно у женщин.

Ведущая симптоматика заболевания состоит в:

- частом проявлении ограниченных во времени приступов переедания;
- активном контроле веса путем частых рвот и использования слабительных.

Больные булимией внешне благополучны: у них идеальная фигура, они успешны и активны. Превосходный фасад скрывает крайне низкую самооценку.

Булимия возникает на фоне конфликта среднего и позднего подросткового возраста. Это, во-первых, уход из родительской семьи и задача развития своей самостоятельности; во-вторых, конфликт в связи с сексуальной идентификацией. Восприятие себя и «Я-идеала» резко расходятся, больные вкладывают это расщепление во внешне хорошую и внутренне плохо скрываемую картину. Часто они происходят из семей с высокой конфликтностью и импульсивностью, слабыми связями между собой, высоким уровнем жизненного стресса и малоуспешным проблемно-решающим поведением при высоком уровне ожиданий социального успеха.

Булимики обычно:

- перфекционисты (стремятся все делать «на отлично»);
- склонны к унынию, депрессии, навязчивым мыслям или действиям;
- импульсивны, хаотичны, готовы рисковать;
- имеют низкую и неустойчивую самооценку;
- неудовлетворены собственным телом;
- ставят себе нереалистичные цели;
- впадают в отчаяние, когда не удается достичь цели;
- строят личные отношения также по «булимической схеме» (пылкое влечение — резкий разрыв);
- имеют неприятные детские воспоминания, связанные с едой (еда как наказание, насильственное кормление).

Сам по себе приступ переедания имеет функцию утешающего самоудовлетворения, хотя действует кратковременно. Это воспринимается больным как потеря контроля, рвота вызывается для возвращения самоконтроля. Чувство стыда и вины в связи с этим часто являются причиной социального и эмоционального регресса.

Психосоматические аспекты кожных заболеваний

Наша кожа представляет собой очень важный орган. И ее значение ничуть не меньше значения сердца. Кожа выполняет множество полезных функций. Она защищает нас от вредных воздействий, регулирует температуру всего организма. Кожа отражает состояние желудочно-кишечного тракта, нервной и эндокринной систем и наше психологическое состояние. Кроме того, кожа является одним из пяти органов чувств, она участвует в таких психических процессах, как восприятие и ощущение. В зависимости от того, какие чувства и эмоции мы испытываем в конкретный момент времени, наша кожа проявляет это в виде покраснений, бледности, «мурашек», влажности или сухости. К сожалению,

встречаются и болезненные, патологические формы проявления внутренних переживаний на коже.

Основное свойство кожи, участвующее в формировании психосоматических заболеваний, — это защитная функция, разделяющая нас и весь окружающий мир. Поэтому чаще всего кожные заболевания формируются в результате нарушения границы. Причем речь идет не только о вторжении кого-то в частную жизнь без разрешения, но и любых отношениях с внешним миром, не соответствующих истинным потребностям человека.

Другой причиной возникновения кожных заболеваний являются глубоко подавленные эмоции. Это негативные эмоции, которые по той или иной причине не проявляет человек. Эмоции, находящиеся в «заточении», через кожу выходят наружу.

Отдельно следует сказать о *кожных заболеваниях маленьких детей*. Нарушение их границы в первую очередь затрагивает отношения мать-дитя. Поэтому, никогда не ленитесь взять малыша на руки. Не пытайтесь воспитывать его и отучать от «ручек». Его жизнь в первые годы очень ограничена в возможностях, и низшие физиологические потребности доставляют ему удовольствие. Ведь никто не спорит с тем, что ребенка нужно кормить и переодевать, но еще его нужно трогать и держать на руках. Он получает от этого удовольствие, у него есть потребность в этих ощущениях.

Аллергия с точки зрения психосоматики. Традиционная медицина рассматривает аллергию как нарушение иммунной системы человека. Однако психолог будет относиться к аллергии как к психосоматическому проявлению внутренних конфликтов.

Аллергия означает глубокую и сильную неприязнь к чему-либо. Объектом этой неприязни может быть действительно что угодно. Если проанализировать все без исключения случаи аллергии, то мы получим бесконечный список веществ и явлений, при которых у людей наблюдаются признаки аллергии.

Если сделать психологические портреты этих людей, то будут некоторые черты, объединяющие их всех. Например, часто аллергики — это люди, которые очень сложно и долго адаптируются к новым условиям, людям, порядкам. Они сильно сконцентрированы на том, какое впечатление производят на других. Это важно для них. Кроме того, аллергики воспринимают себя как объект настоящей или потенциальной агрессии. Они обидчивы.

Любая аллергия не возникает без противоречия. Люди, страдающие от аллергии, способны демонстрировать двойственность в отношении к другим людям, явлениям, вещам. Они могут одновременно

испытывать радость по какому-то поводу и злость. Это очень сложно объяснить, и подобный конфликт формируется не за секунды, а годами. Одной из причин такого склада личности может быть несовпадение взглядов родителей на многие жизненные вопросы или развод, частые ссоры — т. е. прямая конфронтация между ними. Еще в детстве ребенок не понимает, чью сторону ему нужно занять, потому что одинаково любит и мать, и отца. Это разрывает его изнутри и порождает подобные противоречивые чувства.

Аллергия, проявляющаяся высыпаниями на коже, очень четко показывает связь аллергии и отношения человека к окружающему миру. Кожа представляет собой ту оболочку, которая отделяет нас от внешнего мира. И именно кожа отражает наше отношение.

Многочисленные исследования показывают, что при использовании гипноза и бессознательного воздействия на человека аллергия пропадает. Это подтверждает тот факт, что сознание очень сильно контролирует вашу жизнь, а когда ваши истинные, но подавляемые чувства выходят наружу, то их сопровождают аллергические проявления.

Итак, если вы страдаете от психосоматической аллергии, значит существует некая повторяющаяся ситуация, которая вызывает противоречие внутри вас. Необходимо проанализировать те вещи, ситуации или свои отношения с людьми, которых вы избегаете. Избегание аллергенов не приведет к оздоровлению, вам никогда не удастся очистить мир от них. Но можно *кардинально изменить свое отношение к происходящему* с вами.

Нейродермит. Альтернативные названия: эндогенная экзема, атопический дерматит, конституциональная экзема.

Это широко распространенное хроническое кожное заболевание, сопровождающееся зудом и повреждением кожного покрова (уплотнения, эрозии). Этой кожной болезни подвержены люди всех возрастов (даже грудные дети с 6 месяцев).

Обострения нейродермита часто наблюдаются во время проблемных периодов в отношениях, при разлуке или, наоборот, появлении людей, которые играют огромную роль в жизни больного (не важно, положительную или отрицательную, главное — сила вызываемой реакции). Так же часто в основе возникновения нейродермита лежит фрустрация — т. е. неудовлетворение потребности (несбывшиеся мечты, неоправданные ожидания, нереализованное желание близости и сексуальных отношений и т. д.).

Проблема с кожей говорит о нарушенном внутреннем балансе. Скорее всего, человек, страдающий от нейродермита, очень чувствителен к тому, что думают или говорят о нем другие. Кроме того, он

стыдится себя, своей «телесности», своего тела в целом или некоторых ощущений. «Серьезная кожная болезнь — это отличный способ отдалиться от людей» (Л. Бурбо).

Зуд свидетельствует о запретном желании, которому не дают осуществиться. Человек попадает в замкнутый круг — желание все сильнее, но наложен запрет. Это вызывает нетерпение, раздражение, приводящее к зуду. Зуд при кожных заболеваниях говорит о раздражении в сфере отношений человека с окружающим миром.

По мнению В. Синельникова, нейродермит и экзема — это верный признак сильного антагонизма и неприятия. Человек старается что-то или кого-то отвергнуть в своей жизни.

Кожа покрывает все наше тело и видима для оружающих. Чтобы скрыть кожу от посторонних, нужно закрыть все свое тело. Чем сильнее поражение кожи, тем сильнее нарушение в системе отношений человека к самому себе. Для того, чтобы избавиться от нейродермита, нужно в первую очередь менять отношение к самому себе.

«Не кожу нужно чистить, а помыслы» (В. Синельников).

Псориаз. Психосоматические причины. Псориаз — это кожное заболевание, при котором по всему телу образуются красные пятна различного размера с чешуйчатой поверхностью. Псориаз сопровождается сильным зудом в местах поражения.

Одно то, что медицина до сих пор не в силах ответить на вопрос о причинах возникновения псориаза, наводит на мысль о психосоматической природе этого заболевания. Псориаз нередко принимает хроническую форму и протекает в виде обострений и ремиссий.

Психосоматической причиной псориаза чаще всего становится сильное чувство вины, потребность в самонаказании, чрезмерная брезгливость и непринятие многих окружающих факторов. Псориаз также указывает на то, что данный образ жизни или даже образ собственной личности не устраивает человека, он хочет другой жизни, другого себя. Если потрогать пораженные участки, можно почувствовать, насколько кожа в этих местах жестче. Она более ороговевшая, более грубая. Если относиться к коже как к отражению тех внутренних процессов, что происходят с человеком, то это указание на ненависть к жизни, грубость и желание скрыться под панцырем.

Часто первопричиной таких проблем, как псориаз, может быть пассивная жизненная позиция. Многие люди считают, что мир, в котором мы живем функционирует по жестким правилам и все мы обязаны к миру приспособиться. Или считают, что мир создан окружающими, но не ими самими, т. е. в том, что загрязнена экология, виноваты окружающие; в том, что человека недооценивают виноваты окружающие;

в том, что он вот уже 5 лет сидит на одной и той же должности виноваты окружающие. С подобным мировоззрением невозможно излечиться от многих болезней.

Мир гораздо лучше, чем о нем можно подумать. Есть и еще одна хорошая новость — его можно менять, его можно создавать таким, какой он нужен именно вам.

Психосоматические расстройства в акушерстве и гинекологии

Нарушения менструального цикла. Психосоматические аспекты в гинекологии касаются в первую очередь психической стороны нормального развития женщины в пубертатном периоде, сексуального созревания, беременности, родов, климактерического периода и т. д. Психосоматика занимается прежде всего нарушениями этих нормальных процессов развития и действующими при этом психическими факторами.

Менструации имеют ряд биологических параметров, которые находятся на разных уровнях и взаимодействуют с миром переживаний и многообразными внешними влияниями. Это обнаруживается уже при менархе — первой менструации, которая появляется в последние годы все раньше. Такое раннее половое созревание опережает психическое, личностное и социальное взросление. Профессиональное образование, социальная независимость и окончание юности сдвигаются на третье и даже четвертое десятилетие жизни. Вместе с тем молодые люди в наши дни сексуально информированы, а их сексуальная активность начинает проявляться все раньше, нередко становясь причиной конфликтов. В то же время известно, что под влиянием тяжелых соматических условий, как, например, в военное время, менструации появляются в среднем позже.

Виды нарушений менструального цикла:

- *Аменорея.*

Ряд нарушений менструальных функций, возникавших у женщин во время войны, описывался различными авторами. Далеко не всегда нарушения могли быть объяснены недостаточностью питания. Так, C. Whitacker и B. Barrera (1944 г.), исследовав во время войны 60 санитарок, которые питались удовлетворительно, но подвергались информационному воздействию, сигнализировавшему об опасности для жизни, выявили у 30 (то есть в 50 % случаев) нарушение менструального цикла, из них у 14 (23 %) — аменорею. T. Marwill описал аменорею у женщин в первый период прохождения обучения для службы во флоте США во время Второй мировой войны, хотя женщины все время получали достаточное питание. Автором объясняет аменорею состоянием тревоги, в котором они находились.

Аналогичный механизм аменореи встречался у некоторых женщин, боявшихся наступления беременности.

Следующим фактором является «лишение корней». Разлука с близкими людьми, изъятие из привычной среды, как это было с беженцами во время войны и после нее, очень часто вызывают расстройства менструаций. Одна только разлука с близкими людьми может обусловливать нерегулярность менструаций или аменорею у 20 % женщин. Периодические кровотечения регулируются не только посредством гормонов, но и благодаря контактам с противоположным полом, которые имеют общесоматическое значение, являясь функцией, воздействующей на все жизненные процессы. Формы вторичной аменореи возникают чаще всего вследствие конфликтного развития личности, прежде всего вследствие амбивалентности в отношении к своей женской роли. Комплексная охваченность собственной женственностью может приобретать у женщины разные особенности; наиболее всеобъемлющим является отвергание собственной женственности при нервной анорексии. При этом обнаруживается стойкая, сохраняющаяся дольше, чем анорексия, вторичная аменорея, которая часто появляется раньше, чем анорексия.

- *Ювенильные маточные кровотечения.*

Ювенильные маточные кровотечения чаще проявляются в эпизодах эмоциональной напряженности и при расстройствах невротического уровня — астенических, депрессивных, фобических, депрессивно-ипохондрических, истерических. У девочек-подростков в связи с появлением менструаций может возникнуть страх, а иногда и невротизация. Негативные переживания в связи с менструацией иногда приводят даже к дисменорее. Возникновение дисфункциональных маточных кровотечений возможно у девочек с истерической акцентуацией на высоте аффекта (синдром де Фержаль — Ластени). Следовательно, необходима психотерапевтическая подготовка девочек к самому факту менструаций как матерью, так и врачом-психотерапевтом.

- *Предменструальный синдром.*

Синдром предменструального напряжения наряду с симптомокомплексами депрессивного спектра и соматическими нарушениями (вегетососудистые, обменно-эндокринные) включает и патохарактерологические проявления.

Несмотря на то, что это расстройство существенно отражается на работоспособности, учебе и социальном функционировании, оно не всегда квалифицируется как проявление аффективной патологии, требующей соответствующего лечения, а чаще расценивается как неправильное поведение, связанное с супружескими ссорами или проблемами на работе.

В рамках синдрома предменструального напряжения описываются повышенная утомляемость, чувство усталости, раздражительность, головные боли, слезливость, эмоциональная неустойчивость, напряженность, демонстративность, усиление аппетита (повышенная потребность в сладкой пище), сужение поля зрения, нарушение зрения, головокружения. Возможны также спонтанные периоды плача и тревоги и/или депрессии с чувством безнадежности (а иногда и суицидальными мыслями); аффективная лабильность со слезливостью и конфликтностью; повышенная потребность в сне; прихоти и изменения аппетита (переедание или потребность в несъедобной или необычной пище). Из числа собственно соматических симптомов наблюдаются отечность вследствие задержки жидкости в организме, набухание и/или болезненность грудных желез, прибавка в весе, запоры, папулезная кожная сыпь, головные боли, боли в суставах и мышцах, экзацербация (искусственное обострение) хронических соматических расстройств.

Диагностика предменструального синдрома. Распознаванию синдрома предменструального напряжения способствует цикличность, тесно связанная с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела) менструального цикла. Психопатологические проявления, как правило, нарастают в последнюю неделю перед менструацией и полностью редуцируются в ее первые дни.

Клинические критерии синдрома предменструального напряжения:

I. В течение последнего года в большинстве менструальных циклов наблюдается пять или более из перечисленных ниже симптомов. Симптоматика сохраняется в течение последней недели фазы желтого тела, ремиттирует через несколько дней после начала фолликулярной фазы и отсутствует в течение недели после менструации. По крайней мере один из симптомов соответствует первым 4-м из перечисленных ниже:

- печаль, безнадежность, самоосуждение;
- напряжение, тревога;
- выраженная лабильность настроения с перемежающимися приступами слезливости;
- постоянная раздражительность, гневливость, конфликтность;
- снижение интереса к привычным видам деятельности;
- трудности концентрации внимания;
- усталость, недостаток энергии, сонливость;
- изменения аппетита с перееданием или потребностью в специфической (иногда несъедобной) пище;
- гиперсомния или инсомния;

• соматические жалобы (напряженность или боль в молочных железах, чувство «разбухания» или прибавка массы тела, головные, суставные или мышечные боли).

II. Симптомы препятствуют профессиональной деятельности, обучению, привычной социальной активности, нарушают межличностные отношения.

III. Симптомы не являются экзацербацией других расстройств, например, большого депрессивного, панического, дистимического или личностного расстройств (хотя и могут перекрываться с любыми другими расстройствами).

Экзацербация дисфории и повышенная утомляемость в предменструальный период могут быть связаны с обострением соматического заболевания (эндокринные расстройства, онкологическая патология, системная красная волчанка, анемии, эндометриоз, различные инфекции). Дифференциальной диагностике в этих случаях помогают данные анамнеза, лабораторных тестов и физикального обследования. Помимо собственно гинекологических заболеваний, синдром предменструального напряжения довольно часто сопровождает психические заболевания. В частности, его проявления у женщин, ранее не имевших этого страдания, могут свидетельствовать о возникновении какого-то, быть может, маскированного психического заболевания — например, малопрогредиентной шизофрении. Психологическая помощь и поддержка нередко оказываются не менее действенными, чем лекарственная терапия.

Влияние нерациональной контрацепции на возникновение психопатологических нарушений. Связь сексуального удовлетворения с возможностью беременности очень часто является источником конфликтов, особенно для женщин. Из-за этого обычно страдает не только сексуальная функция, но прежде всего способность женщины к переживанию. Множество психических нарушений и психосоматических симптомов могут иметь свои причины. Так, плохое настроение по вечерам, сердечные приступы, тахикардия, крапивница, поносы и т. д. опытному врачу могут указать на эту причину. Эти соматизированные симптомокомплексы замещают конфронтацию в сексуальных отношениях и страх перед их последствиями. Вместе с тем этого можно избежать, так как все женщины могут без труда применять противозачаточные средства, в первую очередь пероральные.

Однако многие женщины переживают прием таблеток как вмешательство, которое нарушает целостность их тела. Это состояние описывается как страх потери идентичности. При этом действует неосознанное чувство вины, связанное с сексуальностью, а также фантастическое

представление о том, будто сексуальное удовлетворение всегда должно сопровождаться страхом и жертвой. Следующий мотив — боязнь ответственности и принятия решения в вопросе о предохранении.

Пассивные женщины, склонные к зависимости, не в состоянии брать ответственность на себя. Хотя контрацептивные средства, которыми пользуются мужчины, не столь надежны, такие женщины предпочитают возлагать ответственность на партнера. У некоторых женщин способность к сексуальным переживаниям уменьшается, когда они на 100 % уверены в безопасности контрацептивов, или даже после стерилизации. Для большинства же психически зрелых и здоровых женщин характерно то, что у них возрастает способность к либидинозным переживаниям, и они чаще достигают сексуального удовлетворения, когда могут перорально принимать противозачаточные средства, которые придают им уверенность. Вследствие приема внутрь противозачаточных средств могут возникать гормональные пертурбации, выражающиеся в появлении депрессии, раздражительности, головных болей, похудания, «потери» сексуального чувства, тошноты, головокружения. Эти побочные эффекты объясняются гистаминными влияниями и сдвигами гормонального равновесия. Однако психиатрическое и глубинное психологическое обследование женщин и анализ их жалоб указывают на значение личностного фактора: женщины, которые жалуются на побочное действие пероральных контрацептивов, склонны, кроме того, к ипохондрическому невротическому симптомообразованию, у них чаще встречаются семейные конфликты. Терапевтически полезна и снижает напряжение врачебная беседа, которая дает установки в отношении сексуальности и значения планирования семьи.

Гинекологические заболевания

Психосоматические аспекты в гинекологии касаются в первую очередь психической стороны развития женщины во время пубертатного периода, сексуального созревания, беременности, родов, климакса. Часто находятся нарушения партнерских отношений, от чего возникает протест преимущественно на организменном уровне.

Экстирпация матки. Наличие матки и регулярных менструаций имеет большое значение для самосознания многих женщин. Здесь играют роль преувеличенные страхи и представления о кастрации, потере женственности и молодости, а также опасения, что женщина не будет больше привлекательной и потеряет возможность нормальных сексуальных отношений. Поэтому неудивительно, что после удаления матки даже при доброкачественных заболеваниях часты жалобы на депрессию, истощение и общее недомогание.

Аменорея. В большинстве случаев оказываются важными ситуационные влияния, проявления страха, ужаса и в целом стресса. Играет роль и алиментарный фактор (дистрофия). Разлука с близкими людьми, изъятие из привычной среды обуславливает нерегулярность менструаций, или аменорею.

Дисменорея и предменструальный синдром. Дисменорея указывает на внутреннее напряжение. Привычная дисменорея часто является следствием глубоких внутренних конфликтов. Они могут корениться в негативном отношении к менструациям матерей, которые говорят с дочерьми о беременности и родах больше, чем о менструации. Нарушения имеют причиной редкие сексуальные акты. Фригидность и воздержание обнаруживаются так же, как и преходящее или стойкое нейровегетативное напряжение и инстинктуальная неудовлетворенность.

Психоаналитически ориентированные гинекологи находят у женщин с дисменореей невротический конфликт, связанный с анальной проблематикой. Наиболее часто оказывается нарушенной предменструальная фаза цикла. В это время женщина боязлива, раздражительна или депрессивна. Тип нарушений определяется фиксацией или регрессией: некоторые больные демонстрируют оральные дисфункции (анорексия, булимия, алкогольные эксцессы), другие страдают спастическими предменструальными запорами, которые во время менструации переходят в поносы.

Функциональные нарушения в области гипогастрия, не зависящие от менструального цикла и не имеющие какой-либо органической основы, обуславливают наиболее частые в гинекологической практике жалобы.

Пельвиопатия, диспареуния, хронический аднексит — большое число подобных диагностических понятий отражает часто возникающую диагностическую неопределенность. Все эти жалобы могут не иметь органической основы, хотя одного исключения органических изменений для признания психосоматической обусловленности заболевания недостаточно.

Менархе и климакс. Появление менструаций и их прекращение вносят радикальные изменения в жизнь женщины. Начало месячных означает появление забот в связи с наступающей женственностью, ежемесячно возникающих затруднений и неприятных переживаний, но в то же время это показатель созревания и полной функциональной способности быть женой и матерью. Прекращение месячных освобождает от «критических дней», но в то же время показывает утрату способности к продолжению рода.

Из психосоматических проявлений при этом описывают уменьшение или увеличение массы тела, вазомоторную лабильность с приливами жара, частую смену настроения, тревожность, раздражительность, снижение сексуальной потребности или ее чрезмерное усиление. Так называемая «сексуальная паника перед закрытием ворот» — это не просто следствие гормональных изменений, она часто становится точкой отсчета для подведения баланса прожитой жизни.

С наступлением менопаузы начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами соматической инволюции, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения и даже явные депрессивные реакции становятся более частыми, чем в первой половине жизни.

Функциональная (психосоматическая) стерильность. Существует две наиболее распространенных личностных характеристики:

- выступающая в мужской роли, соперничающая женщина с выраженным стремлением к доминированию и желанием независимости;
- физически и психически незрелая женщина, зависимое положение которой представляет собой наиболее яркий признак.

Психодинамически психологическая защита от беременности, родов и материнства оказывается связанной с ранними отношениями с матерью. Отношения между партнерами ведут через готовность к зачатию, к тому, что часть любимого партнера становится частью женщины.

Ложная беременность. Это редкое явление показывает, в какой степени и в каких границах может измениться женское тело под влиянием аутосуггестивных представлений. Мнимая беременность встречается чаще у одиноких, овдовевших или живущих изолированно женщин. Обычно она обусловлена только сильным желанием беременности, но в отдельных случаях наблюдается при половых контактах, переживаемых с чувством вины. В этих случаях возникает представление о беременности, которое может затем закрепиться с бредоподобной убежденностью на многие месяцы и даже годы вопреки отрицательным результатам акушерского обследования. Для таких женщин характерны не только субъективные ощущения, но и морфологические признаки, характерные для беременности. Как больные с истинным бредом, эти женщины не поддаются коррекции рациональными доводами.

Психосоматический подход в сексуальной сфере

Внешне *одинаковые проявления нарушений половой функции имеют различные причины.* И для эффективного лечения надо четко представлять структуру сексуального нарушения. Обычно выделяют органические (сосудистые, неврологические, эндокринные),

психогенные и сочетанные варианты сексуальных дисфункций. В молодом и среднем возрасте преобладают психогенные формы нарушений, а в пожилом — органические.

Однако такой подход дуалистически разделяет соматику и психику, как бы противопоставляет их. И только психосоматический подход в медицине позволяет интегрировать психику и соматику в единое целое. Представления о психосоматических заболеваниях давно вышли за пределы классической Чикагской семерки психосоматических заболеваний. Психосоматичесие механизмы развития выявлены и описаны при многих заболеваниях, но в сексологии данный подход представлен в работах единичных специалистов. Теоретические модели механизмов психосоматических заболеваний разнообразны. Нам ближе психо-физиологические модели (У. Кэннон, В. Райх, Г. Селье). Мы также считаем, что начальная функциональная стадия психосоматического заболевания при усугублении патологического психосоматического процесса постепенно переходит в органическую стадию, когда органическая патология объективно регистрируется и выходит на первый план.

Согласно У. Кэннону, человек эволюционно не рассчитан на длительные стрессы. Если на нашего предка напал хищник, то стресс не длился долго. Или наш предок убегал, или побеждал хищника, или погибал. В любом случае стресс прекращался. Реакции мобилизации при стрессе сопровождаются повышением уровня адреналина, уровня сахара, активизацией симпатического отдела нервной системы и увеличением уровня надпочечниковых гормонов, и т. д. При этом, соответственно, снижается уровень половых гормонов: чем больше надпочечниковых гормонов, тем меньше половых и наоборот. Эта конкуренция гормонов позволяет, кстати, регулировать численность популяции. И в момент стресса сексуальность тормозится как по этим гормональным, так и по психологическим (надо спасаться, и тут не до секса) механизмам.

Однако когда человек успешно выходил из стресса (убегал или побеждал), он оказывался в ситуации победителя, испытывал эмоцию радости и ликовал. Если стресс — это отрицательная эмоция (тревога, страх, агрессия и т. д.), то выход из стресса — это переход в положительную эмоцию победителя. И у победителя не только раны быстрее заживают, но и сексуальность резко активизируется. Положительная эмоция при выходе из стресса сопровождается повышением уровня «гормонов удовольствия» и активацией парасимпатической нервной системы. Эти гормоны удовольствия снижают механизмы мобилизации, все в организме приятно расслабляется, человек выходит из стресса. Сексуальность при этом возрастает, т. к. с точки зрения эволюции

если особь высоко адаптивна и хорошо преодолевает стрессы, то она должна быстрее размножаться и передавать успешные гены победителя потомству. А на гормональном уровне резкий спад надпочечниковых гормонов автоматически повышает уровень половых гормонов, что обеспечивает копулятивные и репродуктивные аспекты этого подъема сексуальности. Не зря стали так популярны короткие стрессы с гарантией успеха (позитивные стрессы) для оживления сексуальности. Прыжки с парашютом, экстремальные виды спорта и все то, что позволяет «пощекотать нервы» и «подстегнуть адреналин», — все это дает реакцию мобилизации, эмоцию победы с повышением самооценки — и активизацию сексуальности. На этом примере мы уже видим связь психосоматики и сексуальности, и спонтанное использование позитивного стресса для обслуживания сексуальности.

Другое дело, если стресс длится долго, не приводит к успеху и не дает эмоции победителя. А в современной жизни преобладают как раз такие стрессы. И они сами носят уже не физический характер, при котором адреналин и сахар крови «сжигаются» при мышечной работе, а психический характер. Жизнь полна напряжения и проблем, но их не преодолеть и победителем не стать. Такие стрессы переходят в стадию истощения (дистресс) и снижают сексуальность. При таких затяжных стрессах сексуальность будет страдать, а реакции мобилизации будут выходить за естественные физиологические пределы, т. е. могут становиться патологическими и давать начало психосоматическим заболеваниям. Например, при непрекращающемся стрессе постоянно высокий уровень надпочечниковых гормонов в совокупности с симпатотонией (спазмы сосудов стенки желудка и мышц стенки желудка) и с падением иммунитета (активизация хелиобактерной флоры) изъязвит стенку желудка, возникнут гастрит и язвенная болезнь желудка по психосоматическим механизмам. Постоянный симпатотонический гипертонус гладких мышц сосудов и внутренних органов порождает различные психосоматические болезни (гипертоническая болезнь, запор, холецистит, нарушения женской половой сферы и пр.). Гипермобилизация щитовидной железы, повышение сахара крови, снижение иммунитета, гипервентиляционный синдром при тревоге — все это может вне естественных физиологических реакций адаптации формировать психосоматические варианты различных заболеваний.

Выбор органа (или системы органов) при психосоматических заболеваниях или базируется на теории «слабого звена», или имеет содержательное психоаналитическое значение («язык органов»). Биологически слабым звеном в сексуальной сфере мужчины может быть его слабая половая конституция.

Какие психосоматические механизмы ведут к сексуальным дисфункциям у *мужчин?* При длительном психоэмоциональном стрессе сексуальность может ухудшаться прежде всего по гормональным механизмам. При этом тканевые эффекты тестостерона снижаются. И помимо вышеуказанной конкуренции половых и надпочечниковых гормонов, у мужчин может повышаться количество женских половых гормонов. Они способствуют выносливости и выживаемости (женщины биологически сильный пол), но сексуальность у мужчин они снижают. Однако если особь столь несостоятельна, что не живет, а выживает, мобилизуя для адаптации даже женские половые гормоны, то гены такой неуспешной особи лучше потомству не передавать. Снижение эффектов тестостерона прежде всего может приводить к снижению сексуального либидо. На этом фоне происходят урежение спонтанных эрекций и ускорение процессов кавернозного фиброза. А это далее приведет к эрекционным дисфункциям. За счет этих же гормональных механизмов и указанной биологической целесообразности у мужчин при тяжелых стрессах может страдать и сперматогенез.

Длительное и стойкое повышение адреналина и симпатотония суживают сосуды, а эрекция — это сосудистая реакция, и она будет ухудшаться. Данная эрекционная дисфункция имеет аналогичную эволюционную целесообразность: если особь не может выйти из стресса, значит, она не приспособлена, не успешна и ее гены нецелесообразно передавать потомству, т. е. отказ от эрекции тоже является фактором отбора.

Повышение активности симпатической нервной системы уменьшает продолжительность сношения, т. к. первая (пусковая) фаза оргазма — это симпатическая фаза. Эволюционная суть: если особь все же занимается сексом вопреки некой тревожной ситуации, то она должна сделать это быстро, дабы вернуться в состояние готовности и уменьшить риск угрозы. Кроме того, при отрицательных эмоциях при стрессах (тревога, напряжение, депрессия) серотонин мозга снижается. Это проявляется не только депрессий, но и преждевременной эякуляцией. Именно поэтому серотонин и позитивные антидепрессанты эффективны как при депрессии, так и при преждевременной эякуляции. Например, после оргазма мужчина испытывает положительные эмоции (серотонин повысился), но из-за этого повторный половой акт будет продолжительнее предыдущего.

У *женщин* те же самые психосоматические механизмы тоже могут нарушать сексуальность. Состояние тревоги и гормональный дисбаланс тормозят желание. Тревога и симпатотония не позволяют достигнуть нужных половых реакций (любрикации и расслабления влагалища), что делает половой акт болезненным.

Именно наличие психоэмоциональных и телесных признаков стресса позволяет разграничить психосоматические и чисто психогенные сексуальные дисфункции. Дифференциальные трудности возможны при переходных формах (от чисто психогенных — к психосоматическим). Факт длительного истощающего стресса подтверждается наличием астено-депрессивной симптоматики. Отмечаются общие вегетативные нарушения (вегетативная лабильность, вегетососудистая дистония, психосоматические проявления со стороны желудочно-кишечного тракта, и т. д.). Но главное, отмечаются вегетативные психосоматические проявления со стороны всех тазовых органов. Это позволило нам сформулировать концепцию «*вегетативной тазовой дистонии*». Она проявляется симптомокомплексом сочетания сексуальных нарушений с нарушением функций других тазовых органов (у мужчин прежде всего — мочевого пузыря и простаты). Вегетативная тазовая дистония является локальным проявлением единого целостного психосоматического процесса. Биологической предпосылкой того, что органы малого таза стали «слабым звеном» и подвержены психосоматической патологии, является их особое положение, возникшее при переходе человека к прямохождению. Кроме того, простата, мочевой пузырь, матка — массивные гладкомышечные органы. А простата и матка — это органы мишени для половых гормонов, т. е. симпатотония, гормональный дисбаланс, снижение иммунитета приведут не только к перечисленным выше сексуальным дисфункциям, но и к изменениям функции тазовых органов.

Вопрос о психосоматической вегетативной тазовой дисфункции весьма актуален в мужской сексологии, т. к. в нашей стране в последние годы возник миф о простатите как о причине сексуальных дисфункций. Но нигде в мире такого нет. Воспаление органа приводит к нарушению функции этого органа. Это же касается и простаты. Если страдает ее секреторная функция, то это угрожает таким расстройством, как снижение фертильности (астенозооспермия). Если страдает ее двигательная функция, то это может приводить к дизурическим нарушениям (это основное проявление хронического простатита) и к болезненной эякуляции, что бывает редко. А к нарушениям половой функции (влечение, эрекция, продолжительность сношения) простатит не приводит.

В структуре концепции «вегетативной тазовой дистонии» мы разработали представление о психосоматическом варианте развития простатита. По сравнению с чисто органическими вариантами развития простатита (инфекционный простатит, травматический простатит), психосоматическая модель развития простатита количественно преобладает. Психосоматический простатит проходит сначала

функциональную стадию, когда некие неполадки в простате отмечаются, но клиники воспаления (например, лейкоцитоза в секрете простаты) пока нет. Для этой стадии существует целый ряд синонимов: простатит без простатита, застойный простатит Познера, молчаливый простатовезикулизм, простатовезикулостаз, простатоз, простатопатия (нейровегетативная, нейроэндокринная), простатодиния (наиболее современный термин). При этом надо заметить, что застой секрета в простате практически исключен. В отличие от семенных пузырьков, простата в конце каждого акта мочеиспускания сжимается, поскольку она является внутренним сфинктером мочевого пузыря, и избыток ее секрета поступает в заднюю уретру, где оказывает бактериостатическое действие, предохраняя от потенциальной инфекции мочевые и половые пути. При этом пальпаторно она действительно плотная. Но не от застоя секрета, а от ее спастического состояния. Спастика гладких мышц простаты возникает от симпатотонии и от гиперадреналинемии при стрессах. Конечно, для этого состояния характерны и дизурические жалобы: поллакиурия, тонкая струя, задержки мочеиспускания и пр. В данной ситуации к изменениям функционирования простаты добавляются изменения функционирования мочевого пузыря, ведь это тоже гладкомышечный орган, который реагирует на стресс тоже спастически. Волнение, страх, холод — все это стрессы, и они могут привести к спастике мочевого пузыря с указанными жалобами. Кроме того, гормональные изменения при стрессе и снижение эффектов тестостерона приводит к снижению его влияния на органы мишени, в данном случае на простату. Это снижает ее функцию и ее защитные силы. Учитывая снижение иммунитета при стрессах, спастическое состояние простаты с нарушением микроциркуляции и метаболизма в ней, что еще более снижает ее тканевой иммунитет, результатом будут активация естественной микрофлоры и переход функциональной стадии психосоматического простатита (простатодинии) в простатит с клиникой реального воспаления.

Таким образом, *простатит не является причиной сексуальных дисфункций*. Как психосоматические сексуальные дисфункции, так и психосоматический простатит не детерминируют друг друга, а оба являются следствием единого психосоматического процесса («вегетативной тазовой дистонии»).

У женщин такая сексуальная дисфункция, как *диспареуния*, тоже нередко имеет психосоматические механизмы. На функциональной стадии будут действовать указанные механизмы тревоги и отсутствие необходимых половых реакций (любрикации и расслабления влагалища), а дальнейшее усугубление патогенеза (гормональные сдвиги, спастика, нарушение микроциркуляции, снижение иммунитета)

приведет к появлению реальных воспалительных процессов внутренних половых органов женщины по психосоматическим механизмам, т. е. в структуре вегетативной тазовой дисфункции у женщин помимо собственно сексуальных дисфункций будут отмечаться и другие нарушения тазовых органов.

Анализ сексуальных дисфункций с психосоматических позиций необходим для адекватного и эффективного комплексного лечения. Само лечение психосоматических вариантов сексуальных дисфункций, учитывая их многофакторность, должно быть комплексным и воздействовать на все звенья психосоматического расстройства.

Но не только стресс влияет на сексуальность, но и сексуальность влияет на стресс. Если успешный выход из стресса означает переход в положительное эмоциональное состояние, то оргазм является очень яркой положительной эмоцией. Мощный выброс гормонов удовольствия при оргазме снижает уровень адреналина и надпочечниковых гормонов, блокирует их эффекты. В результате оргазм снижает не только сексуальное напряжение, но и любое другое. Оргазм как яркая положительная эмоция является универсальным антистрессовым механизмом. Люди этим нередко неосознанно пользуются. Например, расстроенный, погруженный в проблемы мужчина ночью ворочается, не может заснуть. Но после полового акта он расслабляется и засыпает. При этом он совершил половой акт не по сексуальным мотивам, а использовал секс как снотворное. Оргазм с его антистрессовыми свойствами снял его внутреннее напряжение и дал возможность заснуть.

Конечно, если сам стресс не устранить и не выйти из него победителем, то защитную компенсаторную роль могут на себя взять другие источники положительных эмоций. Стресс можно «заесть». Успешное пищевое поведение тоже поощряется гормонами удовольствия и положительными эмоциями, хотя не столь сильными как оргазм. Но переедание чревато избыточным весом. Стресс можно снижать химически (алкоголь, наркотики), но это тоже нежелательно. В этом отношении антистрессовое и оздоравливающее действие оргазма явно предпочтительнее.

Впечатляют исследования Е. И. Кащенко по антириску (т. е. профилактическим и оздоравливающим эффектам) возникновения болезней кровообращения и пищеварения у женщин в зависимости от способности переживать оргазм. Для пяти заболеваний исследован антириск по отношению к пяти вариантам оргазмической способности. Например, высокая оргазмическая способность снижает риск язвенной болезни в 10,59 раз, хронического холецистита — в 5,31 раз, хронического гастрита — в 4,42 раза, ИБС — в 4,29 раза, гипертонической болезни — в 2,1 раза.

Проблема «оздоровления через оргазм» особенно актуальна для женщин, т. к. трудности с оргазмом для них характерны, и таких женщин немало. Оргазм не только является удовольствием, но влияет и на саму сексуальность: если оргазма нет, то сексуальное желание постепенно без подкрепления угасает. Хотеть можно только того, что приятно. Отношение к сексу постепенно становится сначала индифферентным, а далее и негативным. Оргазм влияет и на отношение к партнеру: если партнер является источником оргазма, то интерес к партнеру поддерживается, в отношениях присутствует склонность к прощению и принятию партнера, брак укрепляется. А если оргазма нет, то интерес к партнеру угасает, отношения ухудшаются, накапливаются раздражение и недовольство партнером. Оргазм влияет и на изменения в поведении партнера: нужное женщине мужское поведение неосознанно подкрепляется ее оргазмом, и поведение мужчины невольно меняется на более соответствующее.

Хотя сексуальных проблем у женщин больше, чем у мужчин, но они не так явно нарушают партнерский секс, как мужские сексуальные дисфункции. Нарушения эрекции или преждевременную эякуляцию не скроешь. А женщины имеют возможность пассивно (без желания, возбуждения и оргазма) участвовать в половом акте, благодаря чему поддерживается иллюзия благополучия. Но такой некачественный секс лишает их тех позитивных влияний оргазма на сексуальность, партнерство и здоровье, о которых говорилось выше. Для такого секса характерны сексуальные фрустрации (нереализованное возбуждение), которые, как и не завершенный стресс, сами ведут к риску развития психосоматических заболеваний. Собственно, сами фрустрации тоже являются стрессом со всеми его эффектами. Вместо того, чтобы сглаживать эффекты стресса оргазмом, отсутствие оргазма стресс только усугубляет. Несмотря на это, многие женщины склонны мириться со своей неудовлетворенностью, за что приходится расплачиваться своим здоровьем в дальнейшем, когда начнут появляться невротические и психосоматические проблемы. При этом нарушения оргазма хорошо поддаются терапии. Развитие оргазмической способности женщины начинает оказывать положительные эффекты на ее сексуальность, на ее партнерство и на здоровье (как нервно-психическое, так и соматическое).

Изложенное выше свидетельствует о том, что психосоматические расстройства и сексуальность тесно связаны. Помимо психогенных, соматических (органических) и сочетанных вариантов сексуальных дисфункций существуют специфические психосоматические сексуальные дисфункции. Нередко психосоматические сексуальные дисфункции проявляют себя в структуре психосоматической вегетативной тазовой

дистонии. Но существуют и позитивные влияния полноценного секса (через механизмы оргазма) на психосоматические механизмы развития заболеваний.

Функциональные сексуальные расстройства

Качество сексуальных переживаний, особенно у женщины, в большей степени зависит от психологических и социологических факторов, а не от гормонального фона.

В основе отсутствия сексуальной реактивности женщины лежат глубинные невротические расстройства из прегенитальной фазы развития. Фригидность является выражением и следствием нарушенных межличностных отношений.

Импотенцию следует понимать как защитный механизм личности против связанных с сексуальностью страхов. Импотенция во многих случаях обусловлена страхом перед импотенцией. Сексуальный акт представляет собой одну из важнейших невербальных форм коммуникации в межчеловеческих отношениях, которая в особенности легко нарушается при дефектах вербальной и общей коммуникации.

В основе многих психологических и сексуальных проблем лежат впечатления и переживания раннего детства, вытесненные в подсознание (табл. 3).

Таблица 3

Психосоматические аспекты сексуальных проблем

Аналитические аспекты при мужских функциональных сексуальных расстройствах	Аналитические аспекты при женских функциональных сексуальных расстройствах
• *импотенция* — страх кастрации; страх возмездия; эдипальная фиксация; постоянная конкуренция с мнимыми соперниками; страх перед агрессивными компонентами собственной сексуальности; • *ранняя эякуляция* — эдипально-идеализирующее отношение к женщине (не повредить, но также ничего не дать); уретральная фиксация (ничего не отдавать от себя); • *поздняя эякуляция* — чувство вины делают наслаждение невозможным; нежелание отдавать из страха кастрации, при страхе потери личности, в оргазмической регрессии (страх смерти).	• *эдипальная фиксация* — соблазняющий отец затрудняет свою замену; агрессивный отец приводит регрессию на оральный уровень; • *проблемы женской идентичности* — зависть к мужскому члену ведет к проекции фаллического всемогущества на партнера, не соответствующего идеалу; • *слабость личности* — страх потери личности в оргазмической регрессии (потеря контроля) ведет к страху и стыду; • *женский садомазохизм.*

Различные сексуальные нарушения связаны с дефицитом необходимой просветительской информации.

Психосоматика аноргазмии и фригидности

Аноргазмия — отсутствие оргазма при сексуальной стимуляции. Как правило, она отмечается у невозбудимых фригидных женщин. Как самостоятельное половое расстройство диагностируется, когда партнерша при сексуальной стимуляции возбуждается, но оргазм наступает редко или вообще не наступает.

Под фригидностью понимают отсутствие полового влечения и сексуальной возбудимости. В клинической практике оба эти нарушения, как правило, связаны между собой — женщина, у которой отсутствует половое влечение и которая при сексуальной стимуляции не испытывает полового возбуждения, не достигает обычно оргазма, и таким образом фригидность в большинстве случаев включает и аноргазмию.

Некоторые женщины не достигают оргазма при половом акте, но достигают его при мастурбации (коитальная аноргазмия), другие же не испытывают его ни при половом акте, ни при мастурбации (тотальная аноргазмия). Некоторые женщины переносят аноргазмию, несмотря на свою возбудимость, без ущерба для здоровья. Половой акт им приятен и доставляет им определенное психическое успокоение и без оргазма, возбуждение у них угасает постепенно. Однако, нередко у возбудимых женщин аноргазмия вызывает беспокойство и напряжение (приступы головной боли, бессонница, боли в нижней части живота, раздражительность в отношении с партнером). Сначала это отмечается непосредственно после полового акта, не завершившегося оргазмом, но в дальнейшем может привести к невротическим расстройствам со стойкими симптомами, охлаждению к партнеру и избеганию полового акта, конфликтным супружеским отношениям, а в соматической сфере — к синдрому застойной гиперемии тазовых органов.

Когда аноргазмия становится предметом беспокойства, женщина или ее партнер обращаются за советом к врачу. Иногда на необходимость лечиться по поводу аноргазмии женщине указывает психотерапевт, обследующий ее в связи с невротическими расстройствами или супружескими конфликтами.

Необходимость лечения этих расстройств в значительной степени зависит от того, насколько это беспокоит женщину. Они могут служить стрессовым фактором, негативно влиять на настроение, вызывать невротические расстройства, а также могут быть сами по себе симптомами неврозов. В других случаях женщины не страдают от этого и не

нуждаются в лечении. Некоторые обращаются за помощью к врачу по настоянию партнера или в связи с тем, что чувствуют себя «обделенными» в жизни, сравнивая свои переживания с переживаниями своих более сексуально реактивных приятельниц.

Аноргазмия и фригидность могут быть обусловлены строгим воспитанием, сексуальными неприятностями в детстве или другими психотравмирующими обстоятельствами, а также неиспользованием эффективной сексуальной стимуляции. Первичная фригидность может быть также конституциональной. Вторичная фригидность иногда возникает при аноргазмии как защитная реакция против частого «напрасного беспокойства».

Селективные расстройства могут отмечаться при интимных отношениях только с определенным партнером (например, с мужем, с мужчиной, которым женщина пренебрегает, или, наоборот, которого она очень уважает). Или в определенной ситуации (например, при совместном проживании с родственниками или с детьми), в определенном эмоциональном состоянии (депрессии, беспокойства, страха, опасения забеременеть) и в некоторые периоды жизни.

За редким исключением, каждый мужчина достигает пика удовольствия при половом акте. Что же касается женщин — испытывает наслаждение лишь каждая четвертая. С остальными дело обстоит примерно следующим образом: приблизительно половина женщин испытывают оргазм часто, около 30 процентов — редко и около 17 процентов — никогда.

Надо сказать, что одной из наиболее частых причин возникновения у женщин различных «функциональных нарушений деятельности внутренних органов» (в частности «невроза сердца», «болей во всем теле», «общей слабости» и т. п., при которых не находят каких-либо изменений со стороны соматических органов, объясняющих эти нарушения) является половая дисгармония. Устранение ее ведет и к устранению невротических проявлений. Врачу при обследовании больных с функциональными нарушениями внутренних органов следует во всех случаях выяснять интимную сторону половой жизни и обращать внимание больной на важность ее нормализации.

Лечение аноргазмии и фригидности, в основном сводится к устранению психологических и психических нарушений и нормализации сексуальных отношений и реакций. Основу лечебных методик составляют психосоматические методы воздействия. Так, при лечении фригидности аутогенной тренировкой после овладения первыми двумя стандартными упражнениями (вызывание чувства тяжести и тепла) женщине советуют внушать себе желание и приятность

половой близости, ощущение тепла в половых органах, а также обострение чувствительности половых органов, в частности к фрикциям. Физиотерапевтическое и медикаментозное лечение играют лишь второстепенную роль при лечении фригидности и могут назначаться в комплексе с другими мероприятиями. Об эффективности терапии фригидности можно судить по усилению полового влечения у женщины, появлению эротических сновидений и, главное, по возникновению у нее оргазма во время полового акта или при стимуляции эрогенных зон вне его.

При лечении фригидности и аноргазмии много ценного может дать психоэротическая тренировка, проводимая семейной парой. Она может привести к повышению психоэротической возбудимости женщины. Для того чтобы она была целенаправленной, желательно, чтобы врач во время гинекологического осмотра выявил эрогенные зоны женщины, а затем во время беседы с ней указал на желательность стимуляции этих эрогенных зон с мужем во время ласк с тем, чтобы у нее постепенно все более и более нарастало половое возбуждение.

Определенный положительный эффект дают психосоматические изображения для обоев рабочего стола и заставок для мобильных телефонов.

Кроме того, при фригидности женщине могут быть рекомендованы горячие ванны, в частности, в области таза, горячие влагалищные души (температура 42–45°). Во время процедур рекомендуется стимуляция эрогенных зон самим пациентом (мастурбация). К постепенному нарастанию психоэротической возбудимости может вести и гинекологический массаж, при котором вызывается стимуляция эрогенных зон. С этой целью может быть применен и вибромассаж входа во влагалище у тех женщин, у которых эта область является эрогенной зоной. Массаж усиливает общую психоэротическую возбудимость женщины, убеждает ее в том, что она «не холодна» — способна к психоэротическим ощущениям, позволяет лучше понять, в каком виде половой стимуляции она нуждается, и облегчает достижение оргазма при половой близости.

Медикаментозное лечение фригидности и лечение аноргазмии носят главным образом вспомогательный характер и проводятся в комплексе с другими мероприятиями.

Не существует лекарства, которое само по себе могло бы вызвать длительное, стойкое повышение половой возбудимости у женщины и превратить женщину фригидную в женщину нефригидную. Поскольку при лечении аноргазмии и всех форм фригидности очень важно добиться, чтобы женщина хоть раз пережила оргазм, показаны

средства, которые хотя бы временно повышают половую возбудимость женщины. При этом надо учесть, что на эту возбудимость всегда огромное влияние оказывают и факторы психические; они могут как усиливать, так и тормозить ее.

Мужские половые гормоны андрогены усиливают как половое влечение у женщины, так и способность ее к переживанию оргазма. Механизм этого действия недостаточно ясен. Возможно, что эти гормоны повышают возбудимость половых центров в коре и подкорковых областях (лимбической системе). Гормоны эти как повышающие половое влечение показаны при ретардационной и конституциональной фригидности, а также фригидности, связанной с уменьшением количества этих гормонов в крови. Наиболее эффективно естественное получение мужских белков и гормонов при анальном половом сношении, когда сперма попадает непосредственно на слизистую кишечника и всасывается, минуя процесс пищеварения.

При назначении местных процедур следует считаться с чувством стыдливости женщин, особенно никогда не лечившихся у гинеколога.

Отрицательная установка их к процедурам может свести на нет лечебный эффект.

Часто возникает ситуация, при которой женщина вылечилась от фригидности, т. е. стала способной испытывать оргазм, однако не испытывает его лишь потому, что не обеспечивается достаточная и адекватная стимуляция эрогенных зон. В результате она продолжает считать себя фригидной. Так, больная с психогенной фригидностью при исследовании показала полную анестезию как наружных, так и внутренних половых органов. После курса терапии отметила, что стала более напряженной, раздраженной при половой близости с мужем, но что оргазма по-прежнему никогда не испытывала. Повторное обследование показало, что у нее появилась выраженная эротическая чувствительность в области клитора. Было рекомендовано мужу стимулировать эту зону при половой близости, после чего больная стала испытывать оргазм. В другом случае после устранения фригидности оргазм стал наступать при интенсивном ритмичном давлении на наружную верхнюю треть влагалища.

Аноргазмия в большинстве случаев излечима, но, к сожалению, современная женщина зачастую просто не имеет возможности обратиться к врачу, особенно деловая женщина. Не отчаивайтесь. Если нет выраженных физических недостатков или хронических заболеваний репродуктивных органов, попробуйте самостоятельно пройти курс психосоматических процедур, помещенных на сайте.

Посоветуйтесь с мужем, попробуйте вместе справиться с этим расстройством. Если после трех месяцев занятий и усилий улучшения не наступит, обращайтесь в клинику. Возможно, ваша проблема конституционального характера и все-таки требуется хирургическое или гормональное вмешательство. Не затягивайте. Психосоматика может многое, но, к сожалению не все.

Психосоматические аспекты болезней органов дыхания

Дыхание — это не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностью человека. Оно является функциональным свойством состояния собственного Я, это способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой. Первый крик новорожденного — это первое проявление самостоятельной жизни. Дыхание является также средством самовыражения, которое отражает эмоциональные процессы и раскрывает их лучше, чем другая вегетативно управляемая функция: печаль уменьшает глубину дыхания, в то время как радость увеличивает ее; боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание. Простое возбуждение как элементарная еще недифференцированная форма таких состояний, как страх, гнев, ярость, приводит к учащению дыхания, а состояние ужаса, внезапного потрясения может приводить к кратковременной остановке дыхания.

Бронхиальная астма. Бронхиальная астма является классическим примером многофакторно обусловленной болезни, при которой взаимодействуют многочисленные компоненты, в основном психосоматические, инфекционные и аллергические. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс. Психосоматическая метафора бронхиальной астмы — затруднение выживания, неспособность «дышать полной грудью» в этом сложном мире. Препятствия возникают у беззащитного ребенка, когда любви родителей недостаточно, а самостоятельное дыхание — это единственная функция человека, которая появляется только после рождения. Другая причина — это забота родителей, которая так велика, чти ни один вдох или выдох просто невозможно сделать самостоятельно. Недостаток заботы и ее избыток в равной мере лишают возможности быть естественным, «дышать свободно».

Взрослые пациенты с бронхиальной астмой забывают свою детскую историю, но обострение их заболевания происходит, как правило, когда надо проявить смелость, ответственность, независимость или суметь пережить печаль, одиночество.

Корни развития защитно-приспособительного значения бронхоспазма заключаются в особенностях ранних отношений матери и больного ребенка. Такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу» на фоне раздражения и чувства вины матери и материнского отчуждения у ребенка. Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и теплое отношение матери посредством астматических симптомов. В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значимого окружения и сохранением семейного гомеостаза в невротических семьях.

Синдром гипервентиляции. Больные, как правило, отличаются анксиозно-депрессивным основным фоном характера с ипохондрическими и фобическими чертами. Свой латентный страх они часто скрывают за выраженным фасадным поведением благополучия. В поведенческом выражении своих эмоций больные сильно стеснены. В особенности они не способны переживать и отреагировать агрессивные побуждения. Преимущественно больные происходят из семей, где агрессивные побуждения по отношению к доминирующему родителю переживались как угроза и подавлялись ребенком. Приобретался опыт, что безопаснее всего жить с гораздо более сильным партнером, даже если ценой собственной безопасности становятся постоянно подавляемые собственные притязания.

Конфликтная ситуация, провоцирующая приступ, содержит элементы реальной или воображаемой фрустрации, с одной стороны, и страх потери зависимых отношений, обеспечивающих безопасность, с другой. Нередко приступ следует за ситуациями, требующими от больного направленной вовне, самоутверждающей и агрессивной активности, которую он не в состоянии продуцировать вследствие общего чувства беспомощности и бессилия или из страха потери лишающего власти, но гарантирующего безопасность значимого лица.

Психосоматические аспекты при эндокринных нарушениях

При эндокринной патологии нельзя говорить о специфической соподчиненности психических симптомов. Так называемая эндокринная психология старается проанализировать дифференцированные соматопсихические взаимосвязи между действием гормонов в разные периоды жизни и человеческими переживаниями и поступками.

Гипотиреоз. При гипотиреозе формируется недостаточное снабжение клеток организма гормонами щитовидной железы. Ведущий

симптом — это замедление и изменение настроения и эмоционального реагирования. У больных наблюдается повышенная утомляемость, нарушение памяти, вялость, сонливость, зябкость, хрупкость волос и ногтей, запоры, понижение температуры тела и артериального давления. У женщин гипотиреоз встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин.

Отсутствие заинтересованности и полная безынициативность развивается после того, как пациент отказывается от достижения желаемой цели, оставляет надежду и подчиняет свою жизнь неприятному распорядку, к которому он чувствует внутреннее отвращение.

Специфическими при гипотиреозе являются, по-видимому, следующие факторы:

- отсутствие надежды на достижение какой-либо желаемой цели; фрустрирующая борьба против непреодолимых препятствий;
- отсутствие подлинных побуждений;
- роль тревожности менее стабильна. В ряде случаев под воздействием длительной фрустрации возникает компенсаторная агрессивность, которая приводит к тревожности. В дальнейшем это способствует регрессивному уходу от деятельности;
- в ряде случаев у мужчин возникает идентификация с женщиной, противопоставляемая агрессивным амбициозным установкам.

Психодинамические истоки формируются в отсутствии защищенности, надежности в самом раннем детстве, когда эта защищенность нарушается смертью или родительским отвержением и/или нездоровыми семейными взаимоотношениями. Неудовлетворенное желание привязанности побуждает идентифицироваться с объектом стремлений, что приводит к физиологической и психологической перегрузке и заканчивается постоянной борьбой, неуверенностью и страхом в связи с низкой самооценкой. Явно выраженное сознание ответственности и готовность к деятельности подавляются чувством страха, проявляясь посредством контрафобий. Часто их забота проявляется в виде принятия на себя материнских обязанностей по отношению к младшим братьям и сестрам, что ведет к гиперкомпенсации агрессивных побуждений и соперничества с ними.

Сахарный диабет. Диабетик точно знает, что деятельность по меньшей мере одной системы его организма нарушена, из-за этого возникает чувство неуверенности. Хронический дефект может негативно влиять на жизненную стратегию диабетика: часто он организует свою жизнь вокруг своего страдания.

- Конфликты и неоральные потребности удовлетворяются с помощью еды. Могут возникнуть обжорство и ожирение, вслед за чем наступают длительная гипергликемия и далее истощение инсулина.

- Вследствие приравнивания еды и любви друг к другу при отнятии любви возникает эмоциональное переживание состояния голода и тем самым, независимо от поступления пищи, — соответствующий диабетическому голодный обмен веществ.
- Сохраняющийся в течение всей жизни страх ведет к постоянной готовности, к борьбе или бегству с сопутствующей гипергликемией без сброса психофизического напряжения. На почве хронической гипергликемии может развиваться диабет.

Психосоматические аспекты болезней опорно-двигательного аппарата

Ревматическое поражение мягких тканей (фибромиалгия). В психическом состоянии больных отчетливо выражены переживания страха и депрессии. Их латентные или явные желания, заботы и тенденции к зависимости ярко выражены; отчетливо определяется склонность к самопожертвованию и зависимости. За симптомами может стоять ларвированная депрессия, если больные одновременно жалуются на нарушения побуждений и подавленность.

Этот диагноз становится более вероятным при одновременном появлении нарушений сна, сердцебиений, тахикардии и симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. Пациенты не могут позволить себе здоровых и агрессивных импульсов. Разочарование и обиду они пытаются компенсировать «внутренней стойкостью». Блокированные агрессивные импульсы выражаются в повышенном мышечном напряжении и локализованных или генерализованных болях, которые снижаются при уменьшении психической нагрузки.

Среди особенностей личности этих больных отмечаются тенденции к вторичной выгоде, потребность в щажении себя, желание нетрудоспособности. Тихо страдающие ревматики склонны к тому, чтобы навязывать другим свой стиль взаимоотношений.

Симптомы остеохондроза. Психический конфликт может быть недоступен больным, он представлен теперь языком органов, учитывая значение каждого отдела позвоночного столба.

Шейный отдел несет голову. Человек утверждает себя, если он «не склоняет головы» перед трудностями и препятствиями. К этому синдрому могут вести такие факторы, как неадекватные установки, при которых самоутверждение перестает быть эгосинтонным и/или требует постоянного дополнительного волевого напряжения с упрямыми попытками достичь однажды поставленной цели.

Грудной отдел. Этот отдел отражает настроение человека. Печаль, отчаяние, утрата мужества заставляют человека согнуться. Сутулость

подростков представляет собой результат дисбаланса между внешними и внутренними требованиями.

Поясничный отдел. Хронические боли в поясничном отделе являются выражением психического отягощения. Женщины компенсируют неуверенность преувеличенно прямой осанкой, но они также оставили свое сопротивление и подавлены грузом повседневных забот. Хронические боли могут также быть выражением фрустрации. Они связаны прежде всего с нереализованными ожиданиями, обращенными к межличностным отношениям. У мужчин они нередко представляют собой неосознанную демонстрацию неудачи — будь то в профессии или в реализации своих мужских функций.

Ревматоидный артрит. Больных отличает старательность, добросовестность, альтруистичное поведение. Их терпеливость соответствует внутреннему запрету на открытое выражение агрессивных побуждений. Однако попытка разрешить эти импульсы протекает у них комбинацией самоконтроля и «благотворительной» тирании над другими. Матери, страдающие ревматоидным артритом, склонны строго контролировать почти все двигательные проявления своих детей.

У больных ревматоидным артритом с достаточным постоянством встречаются три черты характера:

1) стойкие проявления сверхсовестливости, обязательности и внешней уступчивости и подавление всех агрессивных и враждебных импульсов;

2) мазохистски-депрессивные проявления с сильной потребностью к самопожертвованию, сочетающиеся со сверхнравственным поведением;

3) выраженная потребность в физической активности до развития заболевания.

Больные с первичным хроническим полиартритом скромные и нетребовательные, часто до безразличия. Они воспринимают свои деформированные руки не столько как больную часть тела, сколько как досадную помеху. Скромность является своеобразным бегством от правды.

Психовегетативные синдромы. Психовегетативные синдромы возникают преимущественно в возрастной группе 30–60 лет. Это фаза наивысших профессиональных нагрузок. В анамнезе присутствуют честолюбивые установки, лихорадочный темп работы, давление невыполнимых обстоятельств и общая неудовлетворенность выполненной деятельностью.

Факторы психовегетативных расстройств отражены в таблице 4.

Таблица 4

Факторы психовегетативных расстройств отражены

Пусковыми для вегетативных феноменов могут стать следующие факторы:	В сфере объектных отношений к вегетативным нарушениям приводят следующие факторы:
• нарушение ритма дня—ночи, сна—бодрствования; • ускоренный темп жизни; • наплыв раздражительности; • растущая утрата идеалов.	• финансовые заботы; • изоляция, утрата межчеловеческого контакта; • конфликты, связанные с любовью, сексуальностью; • перенапряжение вследствие двойной нагрузки в профессии и быту; • перенапряжение при воспитании детей; • конфликты в профессиональной сфере; • трудоголизм.

Психодинамически часто описывается проблема зависимости/независимости, коренящаяся в разочаровывающих отношениях со значимыми лицами в детстве. Тенденции к самостоятельности и экспансивные импульсы скорее подавляются, чем культивируются, замещаясь страхом быть покинутыми и не перерабатываясь, а лишь компенсируясь в ходе развития. У истоков вегетативных нарушений стоит потеря внутренней уверенности в норме свойственного людям базисного доверия к себе.

Если жизненные привычки обуславливают хроническую перегрузку, ретикулярная система уже не может обеспечить требуемый уровень адаптации.

Вегетативная декомпенсация протекает двумя этапами:

- Синдром вегетативного раздражения. Кардинальными симптомами являются раздражительность, внутреннее напряжение и страх.
- Синдром вегетативного истощения, характеризующийся повышенной утомленностью и депрессивными проявлениями.

Помимо этого предъявляется целый ряд других жалоб: нарушение сна, внутренняя дрожь, беспокойство, постоянное возбуждение, эпизоды потливости, снижение аппетита, желудочно-кишечные жалобы, сердцебиение, головные боли, головокружение или обыкновенное не дифференцируемое недомогание.

Причинное значение имеют многие факторы. Они заключаются как в самом человеке, так и в его окружении в семье и на работе, в его настоящем, прошлом и будущем.

Телесные проявления приобретают характер снятия напряжения и ухода от трудностей.

Психосоматические аспекты депрессии. Заторможенность и подавленность непосредственно действуют на соматические функции. При депрессии страдают практически все сферы — эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная.

При всех типах депрессивного состояния страдают и первичные биологические мотивации — нарушается сон, аппетит, сексуальная функция.

Депрессивный синдром проявляется в различных функциональных сферах.

Психические симптомы: подавленность, неспособность принятия решений, замедление мышления, апатия или внутреннее беспокойство, страх, тоскливые мысли, потеря чувств, внутренняя пустота.

Психомоторные симптомы: заторможенность (скованность, гипо- или амимия, снижение выразительности эмоций) или психомоторная ажитированность (внешнее беспокойство, неусидчивость, компульсивная малопродуктивная деятельность).

Психосоматические симптомы: нарушение витальных чувств (физическая слабость, отсутствие бодрости).

Вегетативные нарушения: головокружение, нарушение сердечного ритма, сухость во рту, запоры, нарушение дыхания, нарушение сна, ощущение боли, сжатия, холода, снижение аппетита и веса, нарушение менструального цикла, импотенция.

Соматические жалобы и функциональные симптомы как сопровождающие проявления или эквиваленты депрессивных расстройств могут так сильно выступать на первый план, что они господствуют во всей клинической картине.

Типичными ситуациями заболевания при депрессиях являются утрата чувства безопасности, разлука, изоляция, возрастание ответственности. Из физических факторов имеет значение инволюционный период у женщин и мужчин, сопровождающийся кризами как в соматической сфере, так и в психике, а также необходимость переориентироваться в жизни, к чему многие люди оказываются неготовыми.

Особая тенденция к соматизации депрессивного расстройства психодинамически объясняется тем, что нарушенная симбиотическая зависимость от внешнего реального объекта смещается на зависимость от внутреннего объекта — одного из органов своего тела.

В преморбиде обычно не находят грубых невротических признаков. Чаще встречаются такие черты личности, как сверхприспособленность и трудолюбие. В раннем детстве иногда встречаются проявления

страха, но без выраженных невротических признаков. В межличностных отношениях можно обнаружить тенденцию к симбиотическим отношениям с сильными превязанностями.

Среди неэндогенных депрессий, сопровождающихся отчетливыми психосоматическими проявлениями, следует упомянуть о депрессии истощения. Она наступает после длящегося в течение нескольких месяцев или лет затяжного стресса и проявляет себя сначала в гипостенически-астенической стадии раздражительностью, повышенной чувствительностью и сниженной продуктивностью. Во второй стадии следуют психосоматические проявления, прежде всего вегетативной природы, это соответствует диагнозу «неврастения» с отчетливой повышенной утомляемостью. Третья стадия представлена полной картиной депрессии.

Психосоматические аспекты онкологических заболеваний

В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем.

У раковых больных особенно часто обнаруживаются:

- ранняя утрата важных лиц близкого окружения;
- неспособность открыто выражать агрессию;
- сохранение «пуповины» с кем-либо из родителей;
- сексуальные нарушения.

Многие ученые этиологически связывают личность риска с отягощающими переживаниями в детстве (например, с утратой одного из родителей при раке молочной железы; с жестким детским опытом холодного отношения со стороны близких при раке легкого).

Часто рак свидетельствует о том, что где-то в жизни человека имелись нерешенные проблемы, которые усиливались или осложнялись из-за серии стрессовых ситуаций, произошедших в период от полугода до полутора лет до возникновения рака. Типичная реакция онкологического больного на эти проблемы и стрессы заключается в отношении своей беспомощности, отказа от борьбы. Эта эмоциональная реакция приводит в действие ряд физиологических процессов, которые подавляют естественные условия для возникновения и развития опухоли. Человек, выбирающий позицию жертвы, влияет на свою жизнь тем, что придает повышенное значение таким событиям, которые подтверждают безнадежность его положения.

В рамках личности риска у женщин предрасположенностью к раку молочной железы описывается неспособность проявлять свои чувства и изливать свой гнев.

Многие онкологические больные с плохим прогнозом реагируют на заболевание такой сильной регрессией своих витальных

побуждений, что это начинает напоминать психоз. Они жалуются на полную внутреннюю опустошенность и как бы выжженность. Родные часто страдают от чувства вины и бессилия.

Психосоматика инфекционных заболеваний

Простуды. Это самые частые заболевания вообще. Считается, что взрослые переносят простуду 2–3 раза в год, часто с кратковременным болезненным состоянием и освобождением от работы. Невротики заболевают инфекциями верхних дыхательных путей в 2–3 раза чаще и болеют ими дольше. Структура личности определяет специфическую картину болезни и течение инфекционного заболевания. *Кашель означает в переносном смысле освобождение от невыполнимых эмоций, напряжения и конфликтов, которые связаны с гневом, агрессией и страхом.*

Простой герпес. Вирус простого герпеса обладает способностью переходить в латентное состояние и длительное время сохраняться в организме своего хозяина в неактивной форме. Если защитные силы организма снижаются под влиянием соматических или психологических факторов, то вирусы могут распространяться путем трансфера из клетки в клетку. Провоцирующие факторы многообразны и могут быть как экзогенными (солнечное или ультрафиолетовое облучение, сопутствующие инфекционные заболевания, экзаменационные нагрузки, одиночество), так и эндогенными (внутренние конфликты). В типичной конфликтной ситуации часто отмечаются чувство вины, которое возникает из-за конфликта в сексуальной сфере, и страх загрязнения, но могут быть и конфликты другого рода. Люди, склонные к рецидивам простого герпеса, часто имеют и другие психосоматические невротические синдромы.

Ангина. Поскольку большинство возбудителей ангины, включая гемолитический стрептококк, обнаруживается в глотке и у здоровых людей, инфекционисты называют среди провоцирующих факторов и психогенные. Клинические наблюдения подтверждают склонность к учащению ангин в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере.

Туберкулез. По мнению фтизиатров и психосоматиков личность, социальные факторы и жизненная ситуация имеют значение как для развития первичного заболевания, так и для дальнейшего течения туберкулеза. Личность больного туберкулезом не соответствует какому-то единому типу, однако она имеет один общий признак: большую потребность в симпатии, в узкой зоне безопасности, в центре которой находится мать. Воспринимаемая со страхом близость с половым партнером, амбивалентные связи, которые могут вызвать криз, встречаются

в преморбидном периоде и обнаруживаются в анамнезе при первичном заболевании. Следующая область перегрузок и конфликтов, предшествующих легочному туберкулезу, относится к сфере профессиональных взаимоотношений.

Еще до начала эры антибиотиков была описана личность больного с повышенной чувствительностью в сфере межличностных отношений, лабильностью самооценки. Эти особенности описаны как шизоидная невротическая структура или как преэдипово нарциссическое расстройство, которые проявляются эйфорией, повышенной любовью к жизни и гиперсексуальными фантазиями.

Психосматические аспекты головной боли

Около 70 % населения страдают периодическими, примерно 7 % — постоянными головными болями. Головная боль как побочный симптом встречается при многих соматических и психических заболеваниях.

Головные боли могут сопровождать следующие нарушения:

- При психосоматических реакциях на острую травму или острый конфликт. Кратковременные головные боли могут защемлять обиду, враждебность и гнев. Они могут выступать в качестве реакции на переутомление и внутренние или внешние перегрузки на фоне конфликта, связанного с признанием собственной значимости. Часто при головных болях напряжения наблюдается пусковая ситуация невозможности достижения желаемого социального успеха.
- В рамках нарушений личностного развития, при которых конфликты вытесняются в бессознательное.
- Головные боли у психопатических личностей выступают в рамках дисфорических состояний и в отягощающих ситуациях.
- Головные боли как психосоматические симптомы эндогенных психозов.

Функциональные головные боли могут выступать в форме сосудистых болей (мигрень) и болей, связанных с напряжением. Как при хронической головной боли, так и при мигрени у больных обнаруживается преимущественно уровень интеллекта выше среднего. Мнимая «невротическая тупость» представляется результатом затруднения мышления и следствием их интеллектуального негативизма.

Головная боль напряжения. Головная боль напряжения, возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним и/или внутренним трудовым конфликтом. При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно тогда, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства. В картине личности часто находят повышенное честолюбие с чрезмерной

активностью и обычно очень однообразной жизнью. Длительное напряжение мышц является сопровождающим проявлением и выражением фрустрации, внутренней напряженности, никогда не приводящей к определенности, удовлетворенности и развязке.

Мигрень. Приступы мигрени представляют собой особую форму головных болей, характеризующуюся преимущественно латеральной пульсирующей болью, тошнотой, рвотой, светобоязнью и сопровождающей неврологической симптоматикой. Причина приступа мигрени — начальное спастическое сужение мозговых сосудов. В дальнейшем происходит расширение артерий с формированием отека, который поддерживает болевой синдром в течение часов или дней. Головная боль напряжения возникает в результате постоянного напряжения мышц затылка и плечевого пояса, боль распространяется от мест прикрепления мышц по всей голове. Мигрень служит сокрытию душевных конфликтов, о которых больной «не должен» сообщать. На фоне подавленной враждебности приступ мигрени может давать больному элементы вторичного удовлетворения: он дает возможность манипулировать семьей или наказывать окружающий мир.

Типичный пациент с головными болями — это обязательный, добросовестный, аккуратный, неуклонно стремящийся к достижениям и успеху человек, который тем не менее терпит крушение, почти достигнув своей цели.

Психосоматические аспекты отношения к заболеванию

Существуют различные классификации личностных значений болезни:

1. Препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы).
2. Враг, угрожающий целостности личности.
3. Наказание за прошлые грехи.
4. Проявление врожденной слабости организма.
5. Облегчение может приветствоваться, т. к. позволяет уйти от социальных требований, ответственности.
6. Стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получении денежной компенсации).
7. Невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной).
8. Положительная ценность, помогающая личности обрести более возвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облегчение, наказание.

Предлагается классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его усугублению:

1. *Гармоничный тип* характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. *Эргопатический тип* отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. *Анозогнозический тип* характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. *Тревожный тип* отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. *Ипохондрический тип* характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. *Неврастенический тип* характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.

7. *Меланхолический тип* отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. *Апатический тип* отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. *Сенситивный тип* характеризуется озабоченностью о неблагоприятном отношении окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.

10. *Эгоцентрический тип* характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения внимания окружающих

11. *Паранойяльный тип* характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. *Дисфорический тип* отличается мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к ближним.

Варианты отношения к болезни разделяются на пассивно-страдательное, активно-положительное, или «уход в болезнь», отрицание наличия заболевания, спокойно-выжидательное отношение, активное противодействие развивающемуся недугу.

При соматических заболеваниях особенно часто встречается такой вид психологической защиты, как отрицание.

Наиболее частые формы психологической защиты — эйфорически-анозогнозическое поведение, характеризующееся отрицанием тяжести болезни и невниманием к своему состоянию, и истерическое поведение, характеризующееся аггравационными тенденциями и эгоцентризмом.

В зависимости от особенностей личности больного выделяют пять типов отношения к болезни: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический.

Острое начало невротических расстройств чаще встречается у больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами, острое и подострое более характерно для больных с обсессивно-компульсивными расстройствами, подострое и затяжное — при неврастении.

Наиболее типичными симптомами неврастении у соматических больных сначала являются ощущения недомогания, утомляемости, вялости, общей слабости, интрасомнических расстройств, выраженность которых уменьшается на некоторое время после отдыха, переключения внимания. Однако потом неизменно опять нарастают слабость, разбитость, ощущение усталости, головная боль, снижается способность к концентрации внимания.

Постепенно на фоне нейросоматических проявлений растущей астении появляется и прогрессирует эмоциональная лабильность. Все чаще наступают периоды меланхолического, апатичного состояния, безразличия к окружению. Растет тревожность, ожидание чего-то плохого. У части больных появляются фобии, формируется ипохондрическая интерпретация своего соматического состояния, результатов клинических исследований.

У соматических больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами невротическая симптоматика непосредственно связана с острыми психотравмами, возникает остро, внезапно, отличается яркостью, демонстративностью. Эмоциональные нарушения часто наблюдаются в тесном сочетании с обильными вегетососудистыми, сенсомоторными и кинетическими расстройствами.

Оживленная мимика, экспрессия, аффективная насыщенность придают своеобразный колорит депрессивной симптоматике, в которую вплетается тема «самого тяжелого и опасного» соматического заболевания.

Обсессивно-фобические проявления также несут на себе печать чуждости, демонстративности. Безосновательные страхи рака, близкой смерти отличаются неустойчивостью, облигатностью и в то же время значительной эмоциональной насыщенностью. Характерными являются

обидчивость, повышенная внушаемость, болезненное стремление привлечь к себе внимание, эгоцентризм, на фоне которых своеобразно проявляются эмоциональные радикалы астении — нестабильность настроения, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность.

У больных с обсессивно-компульсивными расстройствами на фоне соматического заболевания невротическая симптоматика манифестирует фобиями, как правило, сразу после острой психотравмы. У части из них позже формируются также обсессии идеомоторной или моторной сфер, но практически всегда в сочетании с фобиями. Чаще всего это страх закрытых помещений, рака, операций. Характерными особенностями эмоциональных нарушений у соматических больных с обсессивно-компульсивными расстройствами являются стойкость, конкретность, осознанность фобий, преимущественно астенического характера с тревожным и депрессивным фоном, включением в их структуру соматического заболевания и импрессивностью проявлений, которые, постепенно усилившись, приобретают депрессивно-ипохондрический характер.

Для выбора тактики и удобства анализа предлагается делить пациентов на пять групп:

1. *Больные циклотимного склада* оптимистичны и доброжелательны, легко вступают в контакт и верят в хорошую перспективу лечения. Влюбленные в жизнь, они нередко долго отказываются от обследования и лечения, преуменьшают серьезность заболевания.

2. *Больные эпитимного склада* угрюмы и раздражительны до злобности, с прямолинейными, лишенными сомнений суждениями; они требуют четкой формулировки диагноза и перспективы лечения, сами рекомендуют врачу «вырезать все радикально». Любое сомнение для таких больных мучительно, и, подчиняясь внутреннему сопротивлению этому состоянию, они сами создают гипотезу, тенденциозно укрепляя ее фактами и превращая в теорию происхождения своего заболевания. Они могут подробно объяснить, «что и как у них произошло». С такими больными надо говорить четко и уверенно, по возможности показывая анализы и рентгенограммы.

3. *Больные ювенильного склада* возбудимы и очень внушаемы, склонны бурно и многословно преувеличивать свои переживания. Плачут, громко рассказывают о себе, о положении дома, на работе в связи с болезнью, значительно преувеличивая значение собственной персоны. Следует отметить, что переживания у больных с ювенильным складом личности весьма нестойки. Внимание их легко переключается на другой предмет, и тогда они успокаиваются. Но вот снова яркие картины «ужасного будущего», и снова слезы и жалобы. Спокойный,

доброжелательный, ласковый разговор врача их сравнительно легко успокаивает.

4. *Больные астенического склада* — застенчивые и робкие, обидчивые и честолюбивые, с вегетативной неустойчивостью, они легко краснеют, не любят быть в центре внимания. Заболевание свое и его перспективы воспринимают как судьбу, теряются, не знают, куда идти, к кому обращаться. Добросовестные и пунктуальные, они не склонны детально размышлять о заболевании, аккуратно выполняют все назначения врача.

4.3. Психогенные расстройства (неврозы)

Невроз — обратимое психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Характеристики невроза:

- связь невротических проявлений и психотравмирующей ситуации;
- связь динамики невроза и психотравмирующей динамики;
- невроз представляет собой фиксацию аффективной реакции больного;
- большая эффективность психотерапии по сравнению с другими методами лечения.

Стадии невроза:

1. Невротическая реакция (кратковременная, связанная с особенностями темперамента).
2. Невротическое состояние (усугубление ситуации; могут формироваться невротические особенности характера).
3. Проявление невротических особенностей в поведении.

Значимой для диагностики невротических расстройств и отграничения их от сходных состояний является описанная К. Ясперсом триада невротических расстройств:

1. Невроз вызывается психической травмой.
2. Жизненное событие становится психотравмой и «звучит» в клинических симптомах в случаях повышенной значимости (оно подходит к личности «как ключ к замку»).
3. После исчезновения психической травмы или по прошествии времени невротические симптомы исчезают.

Факторы, повышающие риск возникновения невроза:

- биологические факторы;
- наследственность;
- возраст;
- перенесенные заболевания;
- состояние организма (переутомление, перегревание, латентная инфекция);
- психологические факторы;
- преморбидные особенности личности;
- избирательная чувствительность к различным факторам;
- интеллект (ниже и выше нормы);
- детские психотравмы;
- социальные факторы;
- родительская семья (специфика воспитания);
- материальный уровень (при истерии — высокий, при неврастении — низкий);
- семейное положение (холостые/незамужние; разведенные);
- профессия, обучение и работа.

Теории и концепции неврозогенеза

Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда. По З. Фрейду, невроз — регрессия (инфантилизация, «возвращение в детство») человека, страдающего от чувства несостоятельности, внутреннего конфликта, от страха перед реальностью, от «разочарования в жизни», бегство в болезнь от патогенных психических потрясений.

Теория «невротического превосходства» А. Адлера. По мнению А. Адлера, центральной проблемой невротика является «распаленная жажда превосходства», основанная на бессознательном глубоком чувстве неполноценности. Недостижимой целью невротика становится попытка достичь личностного идеала, значительно превышающего человеческую меру и близкого к «богоподобию». Возникает ригидный жизненный план, ограничительный стиль поведения, «сети защит». Невротические симптомы формируются в соответствии с конкретным опытом и психическим напряжением, которые представляются невротику необходимыми и целесообразными для повышения чувства собственной значимости. Симптомы при этом становятся лишь «формами выражения господства тщеславия» пациента.

Первые признаки формирования готовности к невротическим расстройствам проявляются уже в детстве на почве неправильных форм воспитания, отношения к себе и окружающим, в основе

которых — чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству.

Теория невротических потребностей К. Хорни. Причина невроза — базальная тревога у ребенка (ощущение одиночества и беспомощности; отсутствие чувства безопасности). Сущностью невроза, по мнению К. Хорни, является невротическая структура характера, а его центральными звеньями — невротические потребности, каждая из которых составляет своеобразное ядро в структуре личности, и каждая из этих подструктур тесно взаимодействует с другими подобными подструктурами.

Невротические потребности в той или иной мере присущи всем людям, но здоровые варьируют их в зависимости от обстоятельств, гибки в выборе и в отношении к ним. Невротик же «вцепляется» в одну потребность, превращает ее удовлетворение в способ жизни, использует ее как «ключ ко всем замкам». Если невротик нуждается в любви, то должен получить ее от друга и от врага, от работодателя и чистильщика обуви.

Ноогенная теория неврозов В. Франкла. Основой неврозогенеза, в соответствии с представлениями В. Франкла, является не психогения, а экзистенциальная фрустрация (вакуум), когда человек в силу разных причин утрачивает «смысл жизни», когда блокируется его стремление к отысканию конкретного смысла в личном существовании (воля к смыслу). Ноогенные (от греческого «ноос» — разум, дух, смысл) неврозы возникают не из конфликтов между влечениями и сознанием, а из конфликтов между различными ценностями (моральные конфликты), из духовных проблем и в первую очередь из-за утраты осмысленности существования.

С точки зрения В. Франкла, невротические расстройства ноогенного характера стали широко распространены в двадцатом веке в силу двойной утраты, которую претерпел человек в ходе его становления подлинно человеческим существом. Человек утратил некоторые из базисных животных инстинктов, и у него появилась необходимость «осуществлять свой выбор». Еще одной утратой стало разрушение многовековых традиций. Экзистенциальный вакуум проявляется в первую очередь состоянием скуки от невозможности осознать смысл собственной внешне бурной жизнедеятельности, направленной на обогащение, власть, сексуальные изыски. Каждая житейская ситуация (а не только психотравма) может бросать человеку вызов, требовать ответа на самый главный вопрос о смысле его существования, следовательно, — провоцировать его на формирование экзистенциального вакуума и невротических симптомов.

Для избегания невроза должен быть обнаружен смысл многих явлений: существования, любви, страдания.

Конфликтогенная теория невроза В. Н. Мясищева. В основе невротического конфликта — чувство неполноценности и тенденции самоутверждения, когда личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу.

Антиципационная концепция неврозогенеза В. Д. Менделевича. Этиопатогенез невротических расстройств рассматривается автором в неразрывной связи с антиципационными процессами на различных уровнях (психологическом и психофизиологическом). Под антиципацией в психологии понимается способность (в самом широком смысле) действовать и принимать те или иные решения с определенным временно-пространственным упреждением в отношении ожидаемых, будущих событий. Неврозогенез — результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную по этой причине из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте времени для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболеет неврозом.

Следует отметить, что факторами, объединяющими психологические подходы к оценке значимых сторон неврозогенеза, являются: психическая травма и преморбидные особенности личности (темперамент и характер).

Психическая травма — жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Психическая травма, как событие или ситуация, стоит в ряду иных жизненных ситуаций. По классификации D. Magnusson существует пять уровней определения ситуации:

1. Стимулы — отдельные объекты или действия.

2. Эпизоды — особые значимые события, имеющие причину и следствие.

3. Ситуации — физические, временные и психологические параметры, определяемые внешними условиями.

4. Окружение — обобщающее понятие, характеризующее типы ситуаций.

5. Среда — совокупность физических и социальных переменных внешнего мира.

К невротическим расстройствам могут приводить как эпизоды и ситуации, так и окружение, и среда. Психотравмирующими они становятся не только в связи с масштабностью или катастрофичностью. При анализе психической травмы выделяются следующие ее характеристики:

- интенсивность;
- смысл;
- значимость и актуальность;
- патогенность;
- острота появления (внезапность);
- продолжительность;
- повторяемость;
- связь с преморбидными личностными особенностями.

Г. К. Ушаков по интенсивности психических травм выделял:

1) массивные (катастрофические) — внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности, например, природные, общественные катастрофы, интактные для данного индивидуума);

2) ситуационные острые (подострые) — неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения);

3) пролонгированные ситуационные — трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия — кумир семьи): а) осознаваемые и преодолимые; б) неосознаваемые и непреодолимые;

4) пролонгированные ситуационные — приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие): а) вызываемые самим содержанием ситуации; б) вызываемые чрезмерным уровнем притязаний личности при отсутствии объективных возможностей для достижения в обычном ритме деятельности.

В. Н. Мясищев делил психические травмы на:

1) объективно-значимые — жизненные события, значимость которых можно считать высокой для подавляющего большинства людей (смерть близкого, развод, увольнение и т. д.);

2) условно-патогенные — события, которые становятся психическими травмами, вызывающими переживания в силу особенностей иерархии ценностей человека (например, потеря марки из коллекции филателиста).

Неврозы проявляются в виде психопатологических и нейросоматических расстройств.

К психопатологическим расстройствам относятся следующие невротические синдромы:

Астенический синдром. Астения — это слабость. Проявляется повышенной утомляемостью, снижением трудоспособности, ухудшением внимания и памяти. Возможны повышенная возбудимость, неустойчивость настроения. Нередко отмечается головная боль, нарушения сна (плохое засыпание, ночные пробуждения, а также отсутствие чувства бодрости после сна).

Обсессивный синдром. Проявляется в виде навязчивостей, воспринимаемых человеком как чуждые, эмоционально неприятные, но как собственные, а не чем-то вызванные.

Навязчивости в интеллектуальной сфере называются обсессиями, в эмоциональной — фобиями, в двигательной — компульсиями.

Примеры навязчивостей: навязчивые мысли и воспоминания, неуверенность в правильности и завершенности различных действий со стремлением их перепроверять (выключен ли газ, свет и т. п.), навязчивый счет, навязчивый страх опасных или нелепых действий (порезаться острыми предметами, прыгнуть с балкона и т. п.), навязчивые движения и действия (многократное мытье рук, повторное проведение медицинских исследований для выявления возможного заболевания) и др.

Фобический синдром. Навязчивое, стойкое переживание страха, связанное с той или иной ситуацией.

Чаще всего встречаются: кардиофобия (страх болезни сердца), клаустрофобия (боязнь закрытых помещений, ограниченных пространств), агорафобия (страх открытых пространств), лиссофобия (страх сумасшествия), канцерофобия (страх заболеть раком), эрейтофобия (страх покраснения).

Ипохондрический синдром. Ипохондрией называется такая болезнь, которая выражается чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, наклонностью приписывать себе болезни, которых нет. Для невротической ипохондрии характерны снижение настроения, тревожность, опасения, представления о наличии болезни, объективные признаки которой не выявляются.

Депрессивный синдром. Основным признаком невротической депрессии является устойчиво сниженный фон настроения. Выраженного угнетения общей активности, снижения физической и умственной работоспособности не наблюдается. Нет тенденций к самоубийству, характерной для эндогенной депрессии. Характерные для депрессии нарушения сна при неврозе чаще проявляются плохим засыпанием, а не ранним пробуждением с последующим возникновением чувства тоски (как бывает при эндогенной депрессии). В этом смысле поговорка «Утро вечера мудренее» больше подходит людям, страдающим неврозами.

Нейросоматические расстройства при неврозах представлены следующими основными синдромами:

Синдром вегетативных расстройств. Этот синдром распространен наиболее широко. Для них было придумано множество названий: «вегетативно-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония», «вегетоз», «ангионевроз», «невроз сердца» (как частное проявление так называемого «невроза внутренних органов») и т. д. Невротические вегетативные расстройства имеют психологические механизмы, но реализуются (как и многие другие расстройства при неврозах) на основе нарушения функций вегетативной нервной системы. Эти расстройства могут быть представлены (в соответствии со своими проявлениями) вегетативными кризами (приступами) и постоянными вегетативными расстройствами.

Вегетативные кризы при неврозах обычно продолжаются от 10 минут до получаса. Иногда они возникают ежедневно, а порой — 1–2 раза в месяц. Перманентные (постоянные, долговременные) расстройства характеризуются стойкими вегетативными проявлениями. Так называемые симпатоадреналовые кризы характеризуются учащением пульса, повышением артериального давления, бледностью и сухостью кожи, тенденцией к повышению температуры тела и некоторыми другими признаками, которые связаны с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. При преобладании тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы возникают так называемые вагоинсулярные расстройства — замедляется пульс, понижается артериальное давление, краснеет кожа, усиливаются слюноотделение и перистальтика (последовательные сокращения) кишечника и т. д. Как правило, вегетативные нарушения носят смешанный характер. При возникновении вегетативных приступов, особенно первых, еще непонятных, пугающих внезапностью и силой расстройств, у людей появляются чувства тревоги и страха (чаще всего это страх инфаркта, инсульта и смерти).

Синдром сердечно-сосудистых расстройств. При неврозах сердечно-сосудистые расстройства разбивают на следующие синдромы:

Невротическая кардиалгия (болевые ощущения в области сердца) не имеет признаков стенокардии (ишемической болезни сердца) и не устраняется соответствующими лекарственными средствами. Обычно это тупые, колющие, давящие, сжимающие и другие изменчивые боли в области верхушки сердца у левого соска. При возникновении таких болей у людей появляется страх серьезного сердечного заболевания.

Синдром невротического нарушения сердечного ритма проявляется учащенным сердцебиением (тахикардией) иногда стойкого, но чаще приступообразного характера. Учащение пульса обычно связано с психотравмирующими обстоятельствами. Замедление сердечного ритма и его качественные искажения (экстрасистолия и др.) встречаются как чисто невротические расстройства крайне редко. Чаще они возникают при наличии сопутствующего сердечного заболевания. Для неврозов более характерны ощущения усиленного сердцебиения, остановки или «замирания сердца», как говорят пациенты.

Сосудистая дистония сопровождается резкими перепадами АД.

Синдром дыхательных расстройств. Достаточно редок. Его основным проявлением являются нарушения ритма дыхания и глубины дыхания. Часто проявляется в виде ларингоспазма (спазм гортани). Первый раз он возникает при сильном волнении после поперхивания слюной или пищей и сопровождается приступом кашля и удушья, а также страхом задохнуться. В дальнейшем спазм гортани повторяется в обычных условиях.

Своеобразным проявлением невроза может быть громкая, звучная (иногда с криком) икота, которая возникает как приступ в общественных местах или в присутствии близких, привлекая внимание окружающих.

Синдром желудочно-кишечных расстройств. Они включают нарушения функции пищевода, желудка и кишечника. Типичным является спазм пищевода, затрудняющий прохождение пищи и вызывающий со временем из-за недостатка питания снижение веса тела. Люди, страдающие неврозом (чаще женщины), жалуются на затруднение глотания пищи. В отличие от истинных заболеваний пищевода (например, рака пищевода) при невротическом спазме пищевода обычно затруднено прохождение жидкой пищи (твердая пища проглатывается гораздо легче) и аппетит не снижается. Слюна и напитки не вызывают спазма пищевода, а алкоголь, который снижает мышечное напряжение, даже уменьшает спазм.

К невротическим расстройствам функции желудка относятся боль в области желудка и рвота.

Расстройства функции кишечника проявляются при неврозах ослаблением или, наоборот, усилением сокращений кишечной стенки. В первом случае могут возникать запоры, во втором — поносы. Усиление сокращений кишечника в эмоционально напряженных ситуациях нередко приводит к внезапному возникновению так называемых кишечных кризов с громким «урчанием» в животе, сильными позывами к освобождению кишечника. Повторяясь, кишечные кризы приводят к формированию стойкого страха посещения общественных мест (из-за страха неудержания кишечных газов или стула).

Нервная анорексия (отказ от пищи).

Синдром расстройств мочевыделительной системы. У женщин— частые и настойчивые позывы к мочеиспусканию, особенно в людных местах. Мужчин чаще беспокоят затруднения или задержки мочеиспускания в присутствии посторонних людей в общественных туалетах. Проявлением может быть невротическая боль в области мочевого пузыря без признаков воспаления.

Синдром сексуальных невротических расстройств. Для мужчин характерны снижение полового влечения, импотенция (нарушения эрекции, эякуляции и оргазма). Женщин могут беспокоить снижение полового влечения, аноргазмия (отсутствие оргазма), дискомфорт в момент оргазма и вагинизм (мышечный спазм, препятствующий половому акту).

Синдром двигательных расстройств. В далеком прошлом этот синдром часто встречался при неврозах, сейчас редок. Невротические двигательные расстройства могут иметь вид судорожных припадков (имитирующих эпилептические припадки), различных параличей (страдающие неврозом люди демонстрируют окружающим уменьшение или отсутствие силы в определенных мышечных группах), гиперкинезов (усиленных или искаженных движений, дрожания, нарушения координации при совершении определенных движений).

Понятие о нозогениях и их клинико-психологические варианты

Нозогении (психогенные реакции) при психосоматических заболеваниях.

Большинство хронических соматических заболеваний сопровождается психическими симптомами либо вследствие прямого повреждающего действия биологического патологического процесса на функционирование головного мозга (например, нервозность, возбудимость при гипертиреозе, депрессия, тревога, изменения личности при опухолях

головного мозга), либо вследствие психологического реагирования на факт заболевания. В начале XIX века понятие «соматопсихический» было предложено немецким психиатром Якоби для того, чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых психических расстройств. В настоящее время многие авторы относят соматопсихические нарушения к области изучения психосоматической медицины (Исаев, 1996; Пезешкиан, 1996).

В отечественной литературе для обозначения психогенных реакций, возникающих в связи с соматическим заболеванием, принят термин «нозогении». Это понятие учитывает двойственную природу таких реактивных состояний, структура которых разворачивается в двух взаимодополняющих плоскостях: психопатологической, соответствующей общим синдромальным свойствам таких психогений, и психологической (метасиндромальной), отражающей осознание индивидуумом своего «телесного Я», его «отношение», «сознание», «субъективное восприятие» болезни, субъективный смысл заболевания, самооценку состояния здоровья и др.

Структура нозогении детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологический склад) и биологическими (объективные параметры соматического заболевания) факторами. Для обозначения метасиндромального уровня в отечественной литературе используется термин «внутренняя картина болезни», который подробно обсуждался в предыдущем разделе.

Во многих публикациях описываются особенности психической сферы больных теми или иными соматическими заболеваниями и делаются попытки их систематизации. Мы приводим две классификации: разработанную сотрудниками НЦПЗ РАМН под руководством профессора А. Б. Смулевича (Смулевич и др., 1992; Смулевич, 1994) и предложенную в работе (Михайлов и др., 2002).

Типология нозогении на психологическом уровне предусматривает выделение двух наиболее значимых типов внутренней картины болезни — гипер- и гипонозогнозии (Смулевич и др., 1997).

Гипернозогнозия определяется высокой значимостью соматического страдания, эгосинтонным отношением. Эго-синтонность (в переводе с греческого — родственность Я) соответствует восприятию пациентом своего заболевания как диффузного, неструктурированного, неотделимого от собственной личности феномена.

Для гипонозогнозии характерна совокупность противоположных признаков — тенденция к недооценке значимости соматического страдания, эгодистонное отношение к проявлениям болезни, убежденность в возможности самостоятельного совладания с нею.

Выделенные типы дифференцируются в зависимости от способа формирования образа болезни, ведущей модальности реагирования, а также субъективной локализации контроля.

При гипернозогнозии соматическое страдание воспринимается как совокупность угрожающих жизни симптомов заболевания. Образ болезни складывается в виде перцепта непосредственно под воздействием переживаний, связанных с выраженным телесным дискомфортом.

При гипонозогнозии, напротив, заболевание воспринимается как совокупность информации об имеющемся соматическом неблагополучии. Образ болезни в виде концепта складывается, если этому не препятствует невротическое отрицание соматического страдания, «вынужденно», опосредованно, под влиянием не столько телесного дискомфорта, сколько интерпретации состояния пациента окружающими (врачами, медицинским персоналом, соседями по палате, родственниками и т. д.).

Для гипернозогнозии предпочтительна эмоциональная модальность реагирования на заболевание (подавленность, тревога, страх); для гипонозогнозии — когнитивно-бихевиоральная (интеллектуально-поведенческая), реализующаяся в субъективном анализе собственного поведения, и становится понятна главенствующая роль в возникновении болезни.

Гипернозогнозии свойственно пассивное совладание с заболеванием, характеризующееся отказом от каких-либо самостоятельных действий, попытками переадресовать ответственность за все значимые события, связанные с соматическим страданием, другим лицам. Для гипонозогнозии, напротив, предпочтительно активное совладание, реализующееся в принятии личной ответственности за все значимые ситуации, ассоциирующиеся с болезнью, и в самостоятельных действиях, направленных на минимизацию ее проявлений.

Гипер- и гипонозогнозию можно рассматривать в качестве полюсов, задающих континуум клинических вариантов нозогений, дифференцированных на основании особенностей синдрома и его регистра. Соответственно выделяются гипер- и гипонозогнозические невротические, аффективные, психопатические (с формированием сверхценных идей) реакции. В качестве отдельных вариантов нозогений могут рассматриваться бредовые и некоторые иные реактивные состояния, формирующиеся при коморбидности соматической и эндогенной патологий.

Невротические синдромы (тревожно-фобические и «невротического отрицания»).

Гипернозогнозический вариант проявляется страхом и тревожными опасениями, связанными с телесным недугом, гипертрофированной

оценкой его последствий, угрожающих здоровью; невозможностью полной социальной реабилитации. В клинической картине могут доминировать истерические проявления (демонстративность поведения, яркость и образность жалоб, конверсионные симптомокомплексы). При затяжных реакциях формируются явления ригидной ипохондрии (тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия, щадящий режим — диета, главенство отдыха над работой, жесткая регламентация физических нагрузок, приема медикаментов и пр.).

Гипонозогнозический вариант характеризуется проявлениями «невротического отрицания». В клинической картине на первом плане стоит синдром «прекраснодушия» с диссоциацией между проявлениями соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к болезни. Однако за фасадом наигранного оптимизма выступает страх нарушения жизненно важных функций организма.

Эмоциональные реакции (реактивные депрессии, гипомании).

Гипернозогнозический вариант — синдром ипохондрической депрессии — определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающимися с астенией, снижением физической активности, алгиями и другими патологическими телесными сенсациями. Содержание реакции определяется пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями и страхами, тесно связанными с актуальным соматическим состоянием. Представления об опасности болезни, ее неизлечимости, неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях обычно преувеличены.

Гипонозогнозический вариант — синдром «эйфорической псевдодеменции» — характеризуется повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. Пациенты мало озабочены объективно тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма, строят радужные планы на будущее, игнорируют лечебный режим, «забывают» о необходимости приема лекарств.

Патохарактерологические реакции (параноические, шизоидные, истерические) с выявлением сверхценных идей (ипохондрия здоровья, синдром «патологического отрицания болезни»).

Гипернозогнозический вариант — «синдром ипохондрии здоровья». Осознание связанных с соматической болезнью патологических изменений деятельности организма сопровождается стремлением к преодолению недуга. Доминируют идеи «полного восстановления любой ценой». Больные ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «переломить» ход событий, положительно повлиять

на течение и исход соматического страдания, вопреки медицинским рекомендациям «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями — «преодолевающий стиль поведения» (Barsky, Klerman, 1983).

Гипонозогнозический вариант — синдром патологического отрицания болезни. Формируется обычно у больных с аномальными чертами, определяемыми психологическим термином «упругость». Речь идет о лицах параноического или шизоидного склада, лишенных ощущения страха, фаталистах, привносящих в реакцию на болезнь не тревожные опасения или идеи ущербности, но элементы риска, игры с опасностью. При возникновении угрожающей жизни патологии (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез с выраженной интоксикацией и пр.) для них предпочтительно отрицание тяжести болезни, ее угрожающего смысла. Зная, что при недуге, которым он страдает, возможен смертельный исход, пациент убежден, что благодаря чуду, волшебному воздействию неизвестного ранее средства он непременно исцелится. Основной темой становится здоровье. Будучи месяцами прикованными к постели, пациенты говорят, что готовы заняться спортом, начать «новую жизнь».

Другая классификация нозогений предложена Б. В. Михайловым и др. в 2002 г. Выделяют три основные группы:

Соматогенный астенический симптомокомплекс, который сформировался вследствие нейротоксического и психотравмирующего влияния соматических заболеваний. Основным патопсихологическим механизмом его формирования является изменение биосоциального статуса личности вследствие соматического заболевания как фактора, не зависящего от субъективно-волевой сферы больного.

У больных этой группы невротические жалобы появляются незаметно, постепенно, спустя некоторое время после выявления соматического заболевания, без значимых побочных психотравмирующих влияний.

Частота и выраженность соматогенного астенического симптомокомплекса растет с увеличением давности соматического заболевания и степени его тяжести. Астеническая симптоматика усиливается в периоды заострения соматического заболевания и, наоборот, смягчается, а в ряде случаев даже исчезает при улучшении соматического состояния больных.

Первыми признаками невротических нарушений у этих больных, как правило, становятся явления физической и психической астении, общая слабость, повышенная утомляемость, ощущение обессиливания, снижение работоспособности и способности к концентрации внимания, ухудшение памяти, невнимательность, постсомнические

нарушения. Практически все больные отмечают наличие головной боли нервно-мышечного характера, которую описывают как ощущение тяжести в голове, «шлема», «стягивающего обруча» и т. п.

Постепенно появляются расстройства эмоционально-волевой сферы: болезненная раздражительность, вспыльчивость, колебание настроения от мрачно-пессимистического до обычного, ровного. Впоследствии в эмоциональной сфере превалирующими становятся негативные эмоции, усиливается подавленность, снижается настроение, формируется ощущение тоски, внутреннего дискомфорта с элементами тревожности.

В то же время при изучении психического состояния больных обращают на себя внимание бледность, невыразительность, расплывчатость психологической симптоматики, ее парциальность. Больные в беседах самостоятельно не акцентируют на ней внимание, воспринимая ее как второстепенное, хотя и неприятное «дополнение» к соматическому заболеванию.

Преморбидные особенности личности больных выступают как облигатный фактор, который привносит в общую клиническую картину характерные личностные оттенки, однако и они несут на себе отпечаток бледности, невыразительности, парциальности.

Острые невротические расстройства, которые возникли у соматических больных вследствие перенесенных психотравм.

Невротические расстройства появляются у этих больных на фоне соматического заболевания, однако причинная связь их с соматическим заболеванием не прослеживается.

В то же время при опросе выявляются острые или хронические психотравмы (чаще всего семейно-бытового характера или связанные с работой больных), которые предшествовали манифестации невротических расстройств.

У большей части больных этой группы оказывается пре-морбидная акцентуация характера.

По длительности и качественным характеристикам невротические расстройства у них соответствуют клинике классической неврастении, диссоциативных (конверсионных) и обсессивно-компульсивных расстройств.

Острое начало невротических расстройств чаще встречается у больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами; острое и подострое более характерно для больных с обсессивно-компульсивными расстройствами подострое и затяжное — при неврастении.

В отличие от больных с соматогенным астеническим симптомокомплексом, острые невротические расстройства у соматических больных по своей яркости, значимости вытесняют проявления

соматического заболевания. Попытки привлечь к ним внимание больных только проясняют невроз, т. к. даже соматические жалобы у них носят невротический оттенок.

Соматическое страдание как бы переламывается, растворяется в неврозе, придавая ему специфический оттенок в интерпретации актуальной психотравмы.

Наиболее типичными симптомами неврастении у соматических больных сначала являются ощущения недомогания, утомляемости, вялости, общей слабости, интрасомнических расстройств, выраженность которых уменьшается на некоторое время после отдыха, переключения внимания. Однако потом неизменно опять нарастают слабость, разбитость, ощущение усталости, головная боль, снижается возможность к концентрации внимания.

Постепенно на фоне нейросоматических проявлений растущей астении появляется и прогрессирует эмоциональная лабильность. Все чаще наступают периоды меланхолического, апатичного состояния, безразличия к окружению, подавленности. Растут тревожность, ожидание чего-то плохого. У части больных появляются фобии, формируется ипохондрическая интерпретация своего соматического состояния, результатов параклинических исследований.

У соматических больных с диссоциативными (конверсионными) расстройствами невротическая симптоматика непосредственно связана с острыми психотравмами, возникает остро, внезапно, отличается яркостью, демонстративностью. Эмоциональные нарушения часто наблюдаются в тесном сочетании с обильными вегетососудистыми, сенсомоторными и кинетическими расстройствами.

Оживленная мимика, экспрессия, аффективная насыщенность придают своеобразный колорит депрессивной симптоматике, в которую вплетается тема «самого тяжелого и опасного» соматического заболевания. «Несчастность» больных демонстрируется всем их поведением.

Обсессивно-фобические проявления также несут на себе печать чуждости, демонстративности. Безосновательные страхи заболевания раком, близкой смерти отличаются неустойчивостью, облигатностью и в то же время значительной эмоциональной насыщенностью. Характерными являются обидчивость, повышенная внушаемость, болезненное стремление привлечь к себе внимание, эгоцентризм, на фоне которых своеобразно проявляются эмоциональные радикалы астении — нестабильность настроения, раздражительность, вспыльчивость, несдержанность.

У больных с обсессивно-компульсивными расстройствами на фоне соматического заболевания невротическая симптоматика манифестирует, фобиями, как правило, сразу после острой психотравмы. У части из них

позже формируются также обсессии идеомоторной или моторной сфер, но практически всегда в сочетании с фобиями. Чаще всего это страх закрытых помещений, заболевания раком, операций. Характерными особенностями эмоциональных нарушений у соматических больных с обсессивно-компульсивными расстройствами являются стойкость, конкретность, осознанность фобий, преимущественно астенического характера с тревожным и депрессивным фоном, включением в их структуру соматического заболевания и импрессивностью проявлений, которые, постепенно усиливаясь, приобретают депрессивно-ипохондрический характер.

Невротические расстройства с затяжным течением, на фоне которых развилось соматическое заболевание.

В отличие от больных острыми невротическими расстройствами, в этой группе невротическая симптоматика характеризуется потерей парциальности, осознанием болезненности состояния, синдромологическим усилением, потерей связи с психотравмой, ростом вегетативных и сомато-висцеральных компонентов, появлением астено-депрессивных, астено-ипохондрических, обсессивно-фобических, депрессивно-фобических психопатологических синдромов, а в дальнейшем и формированием психопатизации личности больных, проявлениями ригидности и дезадаптации.

Соматическое заболевание, которое развивалось на фоне этих невротических расстройств, у таких больных тесно переплетается с невротической симптоматикой, приводит к ухудшению их психического состояния, усилению депрессивного фона настроения, росту явлений астении. Характерный для этих больных низкий порог болевой чувствительности усиливает депрессивно-ипохондрические проявления и фиксацию. Обращает на себя внимание несоответствие степени тяжести соматического страдания, выраженности эмоционального восприятия и интерпретации его; преобладание негативных эмоций.

Таким образом, клинико-психопатологическое и анамнестическое исследование особенностей психического статуса больных различными соматическими заболеваниями позволяет констатировать, что для каждой патологии имеются специфические психологические особенности.

4.4. Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия

Психогигиена и психопрофилактика

Для предупреждения (профилактики) нервно-психических расстройств и обеспечения оптимальной психической деятельности здоровых и больных людей большое значение имеют психогигиенические и психопрофилактические мероприятия.

Психогигиена — наука о путях сохранения и укрепления психического здоровья, душевного равновесия — приобретает в настоящее время особое значение в связи с возросшей ролью психоэмоциональных факторов в жизни человека и развитии заболеваний, усложнением межличностных отношений на производстве и в быту. Психогигиена является областью гигиены, но ее возникновение на рубеже XIX и XX веков связано с развитием психиатрии. Психогигиена нацелена на оздоровление окружающей среды, образа жизни и повседневного поведения человека, а также его отношений с людьми и со средой. Можно сказать, что психогигиена заботится о предотвращении психических расстройств в целом — безотносительно их специфичности. В отличие от нее психопрофилактика стремится избавить людей от конкретных расстройств, выявляя и блокируя факторы риска, осуществляя адресные превентивные вмешательства. Таким образом, психопрофилактика является разделом психиатрии, ее превентивным направлением.

В последние годы принятый ранее за рубежом термин «психическое здоровье» вошел в официальный обиход и в нашей стране. Постепенно выяснилось, что области, обозначаемые как «охрана психического здоровья» и «психология здоровья», практически совпадают с областью психогигиены и психопрофилактики. Все эти понятия употребляются сейчас как примерно равнозначные. Кроме них, недавно был предложен изобретенный за рубежом термин «превентивная психиатрия». Издано соответствующее руководство для врачей и студентов (В. Я. Семке, 1999), из которого видно, что психогигиена и психопрофилактика вышли на новый уровень своего развития. В настоящем пособии мы будем использовать старые термины во избежание путаницы.

Итак, психогигиена и психопрофилактика — взаимосвязанные разделы медицины, к которым близко примыкает также психотерапия. Вся эта группа дисциплин нуждается в научном обосновании (как теоретическом, так и экспериментальном). Оно находится в соответствующих разделах клинической психологии.

К основным разделам психогигиены относятся: личная психогигиена, психогигиена труда и отдыха, психогигиена общения, психогигиена быта, возрастная психогигиена.

Личная психогигиена — раздел психогигиены, изучающий механизмы психической саморегуляции и разрабатывающий пути улучшения их функционирования с целью укрепления психического здоровья, предупреждения его нарушений и повышения работоспособности. В ее основу положены представления о том, что организм — саморегулирующаяся система, функционирующая по закону взаимообратной связи

с помощью сознательных, произвольно управляемых механизмов, оптимизирующих психическую деятельность.

Личная психогигиена использует приемы и методы индивидуальной психопрофилактики — аутогенную тренировку, психогимнастику лица и способы самопомощи, применяемые как в регулярном порядке, так и периодически, — для предупреждения отрицательных последствий психотравмирующих факторов.

Методы и приемы психогигиены способствуют нейтрализации отрицательных эмоций, формированию адекватных реакций на психотравмирующие ситуации и мобилизации антистрессовых резервов организма.

Приемы самопомощи разделяют на психологические и психофизиологические. К психологическим приемам относят: логические (самоубеждение, оптимистическое сравнение, самоанализ); волевые (самоприказ, самоосуждение, тренировочное задание и др.); основанные на воображении (моделирование будущего, вживание в положительный образ); мнемонические (эмоционально-зрительные, эмоционально-слуховые, эмоционально-моторные, эмоционально-сенсорные); приемы, основанные на внимании (переключение, отключение); приемы эмоциональной разрядки (излияние переживаний собеседнику, через письма, дневник). К психофизиологическим приемам самопомощи относят мышечно-эмоциональные, легочно-эмоциональные и сосудисто-эмоциональные. Все они могут быть либо успокаивающими (релаксирующими), либо тонизирующими.

Рассмотрим некоторые психологические приемы самопомощи. Такой волевой прием, как самоприказ (распоряжение самому себе), широко применяется для мобилизации воли, самообладания в экстремальных условиях, преодоления страха в трудных жизненных ситуациях. Формулы самоприказа играют роль пускового механизма проявления волевых действий для достижения цели.

Волевой прием «лобовой атаки» используется при возникновении страха и навязчивых мыслей и предусматривает с помощью специально подобранных словесных формул, произносимых с чувством гнева, формирование активного отношения к психотравмирующему фактору. Выражение гнева помогает мобилизоваться, обрести уверенность, преодолеть страх.

Волевой прием тренировочных заданий по укреплению воли основан на принципе постепенного увеличения нагрузок и систематического выполнения процедур, заданий. Постепенной адаптацией к условиям, вызывающим выраженные отрицательные эмоции, можно

преодолеть боязнь закрытых помещений, пребывания в темной комнате, подъема в лифте, перехода через мост, площадь.

Волевой прием «самоосуждения» применяется в тех случаях, когда самоприказ для достижения цели недостаточен. Самоосуждение дает мобилизующий эффект при снижении жизненного тонуса, работоспособности, в состоянии растерянности.

К приемам самопомощи, основанным на воображении, относится самовнушение, которое используется в комплексе лечебно-профилактических мероприятий при различных заболеваниях, преодолении вредных привычек, а также необходимости улучшить память, внимание, укрепить волю.

Рациональный прием самоубеждения, основанный на осознании, логическом осмыслении определенных словесных формул, позволяет уменьшить нервно-психическую напряженность и критически переоценить психотравмирующую ситуацию. Человеку, неадекватно, болезненно переживающему незначительную ошибку, рекомендуется как бы посмотреть на себя со стороны (принцип геликоптера), оценить свое поведение в более широком масштабе и длительной перспективе.

Одним из рациональных приемов является самоанализ, который способствует совершенствованию личности и правильному выбору линии поведения. Он применяется для формирования адекватного отношения к себе, окружающим и психотравмирующим ситуациям, преодоления вредных привычек и самокоррекции отрицательных черт характера.

Мнемонические приемы улучшают эмоциональное состояние путем целенаправленной активизации памяти. С помощью мнемонических приемов в памяти воспроизводятся события и ситуации, воспоминания о которых вызывают положительные эмоции, оптимистический настрой. В зависимости от степени преобладания того или иного анализатора в активизации эмоциональной памяти мнемонические приемы подразделяются на эмоционально-зрительные (разговор с любимым человеком, изображенным на фотокарточке, рассмотрение картины с изображением природы, родных мест и т. д.), эмоционально-слуховые (прослушивание любимых песен, музыкальных произведений), эмоционально-моторные (танцетерапия, пантомимические движения, аэробика и др.).

Кратко остановимся на психофизиологических приемах самопомощи.

Эмоционально-стрессовые приемы направлены на формирование состояния целебного стресса (эустресса) и используются в клинической практике для создания оптимального настроения, преодоления тоскливости, тревожности, страха перед болезнью, неверия в благополучный исход лечения.

Приемы эмоциональной разрядки (отреагирования переживаний) включают рассказ о своих переживаниях родному, близкому человеку, запись в дневнике, сочинение письма.

Мышечно-эмоциональные приемы предусматривают физические нагрузки, улыбку, смех, расслабление мышц.

Эмоционально-легочные приемы основаны на взаимосвязи эмоционального состояния с типом дыхания.

Аутогенная тренировка (АТ) — активный метод психогигиены, психопрофилактики и психотерапии, реализуемый посредством целенаправленного воздействия на собственное состояние и самочувствие с помощью специальных приемов, усваиваемых в процессе систематического обучения. Как психический феномен рациональное управление собственным состоянием и самочувствием входит в систему естественной саморегуляции любого человека, в частности, в виде способности к самоконтролю, самоанализу, самопоощрению и другим волевым актам. Аутогенная тренировка призвана упорядочить эти усилия, повысить их эффективность.

Аутогенная тренировка наиболее эффективна при лечении неврозов, соматоформных расстройств и психосоматических заболеваний. Метод способствует снижению эмоционального напряжения, чувства тревоги и дискомфорта, оказывает нормализующее воздействие на обменные процессы в организме.

Под влиянием АТ нормализуется сон, улучшается настроение. АТ эффективна после травм и заболеваний ЦНС, включая токсикомании. Показания к самостоятельному применению АТ: нарушение сна, эмоциональная лабильность, повышенная раздражительность, тревожно-мнительные акцентуации характера, ипохондрия, депрессия, астения, логоневрозы, мигрень и др.

Способ применения АТ: обучающий курс под руководством владеющего методом психотерапевта и поддерживающие (терапевтические) курсы, осуществляемые самостоятельно, как правило, в течение достаточного длительного времени — от двух месяцев до года и более.

Одна из современных модификаций методики АТ включает два этапа и рассчитана на систематические занятия как минимум 4 раза в неделю в течение двух месяцев. Первый этап составляют упражнения «Успокоение», «Релаксация», «Тяжесть», «Тепло», «Коррекция и «Мобилизация», проводимые под руководством тренера по вечерам, около 19–20 часов, в отдельной комнате, в положении лежа на спине с легким валиком под коленями. После пяти таких занятий начинаются самостоятельные упражнения, которые выполняются лежа в постели непосредственно перед сном. Цель аутогенной тренировки

состоит не в обучении «расслаблению», как это порой ошибочно считается, а в развитии навыков управления своим состоянием, в формировании и развитии способности легко и быстро переходить из состояния активности к состоянию пассивного бодрствования и наоборот. Таким образом, речь идет о расширении диапазона саморегуляции такой важнейшей интегральной сферы, как собственное состояние, или о волевом управлении психическими и соматическими процессами. Вследствие этого повышается способность адаптироваться к постоянно меняющимся воздействиям физической и социальной среды. Тренирующий и активирующий характер метода требует осознанной (волевой) дисциплинированности и добросовестности при выполнении аутогенных упражнений.

Психогигиена труда и отдыха — раздел психогигиены, изучающий пути оптимизации трудовых нагрузок, ускорения процесса восстановления умственной работоспособности, психических функций и укрепления нервно-психического здоровья в свободное от работы время (в период регламентированных перерывов и после работы).

В системе психогигиенических мероприятий по поддержанию высокой работоспособности и предупреждению переутомления большое значение имеет внедрение научно-обоснованных режимов труда и отдыха — распорядка трудовой деятельности, при котором высокая производительность труда сочетается с устойчивой работоспособностью. Особенно важна рациональная организация внутрисменных перерывов (микро- и макропаузы).

Обеденный перерыв целесообразно делать в середине рабочего дня или с отклонением от нее в пределах до 1 часа. Длительность перерыва на обед должна быть не менее 45–60 минут, так как непосредственно после приема пищи деятельность организма направлена на ее усвоение, и работоспособность неизбежно снижается. Работникам умственного труда, ведущим малоподвижный образ жизни, после приема пищи полезен активный отдых: ходьба в течение 10–20 минут, вначале в медленном, а затем в среднем темпе, легкие спортивные игры (бадминтон, настольный теннис) продолжительностью не более 15 минут, за 5–10 минут до начала работы ходьба в медленном темпе.

Регламентированные перерывы нужно делать в начальной стадии утомления. Перерывы до начала снижения работоспособности нарушают трудовой ритм и уменьшают эффективность труда.

Частоту и длительность перерывов для отдыха определяют в зависимости от характера труда и времени, необходимого для восстановления работоспособности. При этом следует руководствоваться следующими правилами:

1. Чем тяжелее и напряженнее работа, тем ближе по времени к началу смены (или к обеденному перерыву для второй половины рабочего дня) должны быть введены регламентированные перерывы.

2. Во второй половине рабочего дня в связи с более глубоким утомлением время и количество перерывов на отдых должно быть больше, чем в первой половине смены.

3. При работах, требующих большого нервного напряжения и концентрации внимания, целесообразно вводить частые и относительно короткие паузы.

Комплекс психогигиенических мероприятий, способствующих поддержанию высокой психической работоспособности и предупреждению нервно-психического переутомления, включает производственную гимнастику для лиц умственного труда, смену форм деятельности, аутогенную тренировку и психологическую разрядку (разгрузку).

Успешная профилактика отрицательных последствий психического перенапряжения зависит от правильной организации досуга как во время перерывов, так и после работы.

Психологически обоснованный отдых имеет три основных разновидности — досуг, вызывающий мышечную радость, эмоциональный подъем и удовлетворение интеллектуально-духовных потребностей. В основе физиологического механизма активного отдыха лежат индукционные взаимоотношения между нервными центрами, феномен И. М. Сеченова «погашение источника отрицательных эмоций».

При выборе формы проведения досуга нужно учитывать индивидуальные склонности и психофизиологические возможности работников, зависящие от состояния здоровья и возраста, а также характер и условия труда. Так, работникам умственного труда рекомендуются в свободное время занятия физкультурой, спортом, подвижными играми. При выполнении работы в закрытом помещении в свободное время необходимы продолжительные прогулки, спортивные игры на свежем воздухе. При монотонной работе следует отдавать предпочтение занятиям, включающим творческий элемент.

Для рациональной организации отдыха лучше использовать комплекс, сочетание различных видов досуга, доставляющих человеку радость, улучшающих его настроение, способствующих гармоничному развитию личности, оказывающих положительное влияние на работоспособность и здоровье.

Психогигиена общения — раздел психогигиены, изучающий пути оптимизации межличностных отношений на работе и дома — в трудовом, семейном, учебном и других коллективах.

Психологический климат — настроение коллектива, его морально-психологическая атмосфера, основой которой являются межличностные отношения. Микроклимат коллектива может быть благоприятным (здоровым) и неблагоприятным. Для здорового психологического климата характерны не только доброжелательное, товарищеское сотрудничество, но и принципиальная взаимная требовательность друг к другу — взаимоотношения, создающие благоприятные предпосылки для творческой продуктивной работы. Следует отметить, что если в коллективе взаимопомощь не сочетается с взаимовзыскательностью, то отношения легко могут приобрести характер панибратства, круговой поруки и попустительства, что в конечном счете негативно скажется на результатах деятельности организации. В отличие от климата в природе, мало управляемого людьми, психологический климат можно изменять, улучшать.

Взаимоотношения внутри коллектива имеют очень большое значение для эффективности труда и здоровья работников. Социологами доказано, что при плохом психологическом климате производительность труда снижается на 15–20 %, значительно увеличивается брак, чаще нарушаются правила безопасности. И наоборот, при здоровом психологическом климате, доброжелательных отношениях резко возрастают трудовая активность, результативность работы.

Психологический климат имеет важное значение для сохранения и укрепления здоровья. Данные множества исследований свидетельствуют о том, что межличностные конфликты (семейно-бытовые и производственные) являются основной причиной неврозов и невротических реакций. Напряженные отношения нередко провоцируют обострение психосоматических заболеваний.

Бытовым конфликтом принято считать противоречие, возникающее между людьми при решении ими вопросов личной жизни в быту. В психологическом аспекте бытовые конфликты, как и конфликты иного происхождения, характеризуются столкновением личностей, их мировоззрения, образа жизни, интересов, притязаний, оценок. Психофизиологической сущностью таких столкновений является эмоциональный стресс и его ближайшие неблагоприятные последствия.

Для предупреждения конфликтов психологи рекомендуют каждому человеку постоянно стремиться к преодолению отрицательных качеств своего характера, воспитывая при этом положительные. К последним относятся: уважение к людям, предполагающее признание их человеческого достоинства, доверие к ним, внимательное отношение к их убеждениям, возможно более полное удовлетворение их прав и интересов; вежливость, которая должна стать повседневным правилом поведения в обществе, непреложной формой взаимоотношений;

скромность, проявляющаяся в отрицании человеком каких-либо своих исключительных достоинств, особых и исключительных прав, в полном признании требований общественной дисциплины; тактичность, определяющаяся тенденцией человека считаться со вкусами, манерами, суждениями и привычками других людей, неукоснительным соблюдением чувства меры в отношениях, снисходительностью к незначительным недостаткам окружающих, умением судить о них без предвзятости и способностью объективно оценивать их достоинства; благородство как способность жертвовать личными интересами в пользу других, действовать честно, смело, не унижаться ради личных выгод, поддерживая чувство собственного достоинства.

Внешним проявлением общепринятого этикета является, в частности, употребление определенных стилистических оборотов, например, при обращении — «простите», «извините», «не будете ли Вы так любезны», «будьте добры»; при разговоре — «пожалуйста», «извините, что заставил ждать», «простите, я Вас побеспокою», «я должен принести вам извинения»; при прощании — «доброго Вам пути», «удачной поездки», «всего хорошего», «всего доброго»; при обращении с просьбой — «прошу Вас», «если Вам не трудно», «не сочтите за труд»; при обращении с претензией — «не сочтите за обиду».

Соблюдение этикета нередко требует умения владеть собой, чему способствует овладение способами и приемами психической саморегуляции. Психическая саморегуляция позволяет не только оптимизировать свое поведение, соблюдать этикет, но и корректировать нежелательные характерологические особенности, устранять невротические реакции, возникающие в условиях постоянного общения с людьми, — повышенную раздражительность, взрывчатость, истощаемость, обидчивость, понижение настроения и др.

Осуществляя психогигиенические мероприятия по предупреждению конфликтов путем соблюдения этикета, преодоления неадекватного болезненного реагирования на жизненные трудности, человек должен хорошо владеть также средствами разрешения развившегося конфликта.

При разборе ошибок, допущенных в работе, или оплошности в семейных отношениях может возникнуть ситуация, характеризующаяся резкими расхождениями в оценке обсуждаемой ошибки, во взглядах между сотрудниками или супругами. В таких случаях возникает необходимость поспорить, поговорить начистоту, особенно когда, наперекор всему, нужно быть вместе, сотрудничать.

Но спор спору рознь. Наряду с полезными, деловыми и конструктивными спорами, направленными на поиск выхода из создавшейся

сложной конфликтной ситуации, встречаются, к сожалению, споры бесплодные — люди спорят, лишь бы переспорить, во что бы то ни стало доказать свою правоту (а не правду, истину). Среди любителей бесплодных споров часто встречаются люди, склонные к эгоцентризму, считающие, что только они мыслят и поступают правильно, а другие всегда не правы. Существуют и другие любители пустословия: резонеры, привыкшие слушать и слышать только себя, и так называемые максималисты, предъявляющие другим завышенные, нереальные требования, злоупотребляющие выражениями, недопустимыми при обращении с товарищами по работе, членами семьи, приклеивающие ярлыки по любому поводу.

В производственных условиях, когда имеются очень серьезные расхождения во взглядах, спор, безусловно, необходим, ибо деловые отношения, не базирующиеся на основе принципиальных взаимных требований, могут перерасти в панибратские или односторонне зависимые. Спор допустим не только с людьми, стоящими на одной ступеньке служебной лестницы, но и со старшими по положению, разумеется, в соответствии с требованиями субординации, служебной этики. Вместе с тем следует признать, что в ситуациях, требующих принципиального и оптимального решения возникшей проблемы во имя интересов производства, общего дела, инициатива подчиненного разрешить проблему путем полемики заслуживает положительной оценки. Полемика зачастую необходима и для оптимизации семейных отношений.

В связи с ускорением темпа жизни, ширящимся потоком информации, растущими требованиями к человеку, множеством стрессовых ситуаций возрастает необходимость в повышении эмоциональной устойчивости, в умении владеть собой, правильно вести себя в конфликтной ситуации. Известно, что человек и его здоровье в конфликтной ситуации подвергаются наибольшему риску. Конфликт — это противоречие, сопровождающееся выяснением отношений. Человек в этой ситуации может быть настроен конструктивно или деструктивно. Личность либо стремится к разрешению противоречия и установлению контакта, либо, категорически отстаивая свою точку зрения, разрушает уже сложившиеся отношения. Однако многие трудные ситуации можно предотвратить, если знать правила предупреждения конфликта и неукоснительно следовать им. Противоречие возникает тогда, когда один человек не понимает поведения другого, его поступков и желаний, т. е. он недостаточно информирован. Поэтому в напряженной, чреватой конфликтом

ситуации надо объяснить окружающим свое поведение, соблюдая следующие правила:

1. Не следует в начале разговора обращать внимание на расхождение во взглядах. Лучше начать с того, что Вас объединяет, тогда противоречие не будет представляться неразрешимым. Разумно избегать прямых и косвенных обвинений, если вы хотите, чтобы вас понимали.

2. Возможные возражения собеседника нужно учесть до того, как они будут высказаны. Не позволяйте ему сказать слово «нет», потому что, когда человек произносит это слово или как-то по-другому выражает свое негативное отношение, он настраивается на противоречие и отстаивание своей точки зрения — переубедить его после этого становится значительно сложнее.

3. Лучше не настаивать на безоговорочном принятии вашей точки зрения в разрешении конфликта, дайте возможность собеседнику высказать свои соображения, согласитесь с некоторыми из них. Умение слушать в данном случае чрезвычайно важно. Лучше не перебивать говорящего. Когда вы слушаете кого-нибудь, готовьте не ответ на его высказывание, а вопрос, интересующий вас в его речи. Это будет свидетельствовать о вашем внимании и заинтересованности в участнике беседы и обсуждаемом вопросе.

4. Уступать в конфликте всегда полезно, потому что, уступая, можно помочь партнеру осознать неправильность его позиций, подготовить его к установлению взаимопонимания. Но, уступая, не демонстрируйте этого, делайте это искренне.

5. Для установления контакта лучше всего на время забыть о том, что существует слово «я», и заменить его на «мы». Это поможет в преодолении возникших противоречий.

6. В общении важно все: поза, интонация говорящего, тембр голоса, жесты, которыми пользуются партнеры. И даже если при этом произносятся правильные слова, но они звучат с раздражением, или в позе сквозит пренебрежение к собеседнику, то, конечно, взаимопонимания добиться невозможно.

Поэтому нужно следить за выражением своего лица, за голосом и руками, так как невольно можно настроить человека против себя, не подозревая этого. Соблюдение всех вышеизложенных советов поможет вам избавиться от многих трудных ситуаций в вашей жизни.

На наш взгляд, в споре необходимо также придерживаться следующих правил.

Во время полемики представьте, что спор слышит посторонний человек, мнением которого вы дорожите (например, ваш начальник, коллега, знакомый). Ведь в присутствии его вы не позволите себе,

потеряв самообладание, кричать, оскорблять кого-то, будете говорить более выдержанно, спокойно, достойно.

Спор — не монолог, а по крайней мере диалог. Поэтому периоды вашего выступления должны сменяться периодами молчания, чтобы внимательно выслушать другую сторону, сконцентрироваться на существе вопроса, обдумать его с другой точки зрения.

Не следует забывать, что при вашем достаточно высоком самоуважении человек, с которым вы общаетесь, не менее достоин уважения; возможно, вы просто не имели возможности или времени убедиться в таких его качествах, как трудолюбие, самоотверженность, доброжелательность, преданность и т. д.

Живя и трудясь в одном коллективе, каждый из сотрудников обязан быть терпимым к людям, постоянно формируя доброжелательное отношение к окружающим. Внимание друг к другу, доброта положительно влияют на всех вместе и каждого в отдельности, повышают трудоспособность, создавая благоприятный микроклимат в организации.

В заключение следует подчеркнуть, что в реализации своих задач психогигиена тесно смыкается с социально-экономическими науками, так как создание благоприятных условий для психического здоровья зависит от правильного решения организационных вопросов труда, быта и досуга, повышения общего качества жизни людей.

Психопрофилактика

Психопрофилактика представляет собой комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития психических расстройств путем предотвращения действия на организм болезнетворных — прежде всего психотравмирующих — факторов, выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, раннего распознания психических расстройств, предупреждения формирования и хронизации психических заболеваний с проведением лечебно-оздоровительных мероприятий.

Различают три вида психопрофилактики: первичную, вторичную и третичную. Первичная психопрофилактика включает систему мероприятий, предусматривающих уменьшение вредных воздействий на организм человека, на его психическое состояние, и предупреждение психических нарушений. Указанные меры имеют целью повышение сопротивляемости психики к негативным факторам среды и предупреждение самого факта возникновения болезни. В данном виде профилактики решающее значение имеют совокупность социально-экономических условий, рациональная организация профессиональной деятельности, быта, отдыха и т. д. Особенно важны оценка и прогнозирование психического здоровья. Речь идет, во-первых,

об определении вероятности развития психического расстройства и, во-вторых, об оценке качества психического функционирования и перспектив поведения людей в различных условиях их жизни и деятельности. Несомненно значимым для решения вопроса о первичной психопрофилактике, предупреждения самого факта заболевания, является знание психологами клинических проявлений пограничных состояний, что позволит им проводить обоснованные, целенаправленные индивидуальные профилактические мероприятия.

Вторичная психопрофилактика — совокупность мер, направленных на предупреждение неблагоприятных последствий уже развившегося психического расстройства или психосоматического заболевания. Имеются в виду активное выявление лиц с начальными проявлениями болезненных состояний, раннее начало лечения с использованием комплексной, как правило, патогенетической терапии, что способствует благоприятному течению болезни, приводит к более быстрому выздоровлению, препятствует затяжному течению болезненного процесса. Важное место во вторичной психопрофилактике отводится мероприятиям по предупреждению рецидивов и достижению наиболее полной ремиссии болезни. В случае затяжного течения заболевания предусматривается поддерживающая терапия, которая проводится в амбулаторных условиях.

Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Это понятие практически соответствует социально-психологической реабилитации, которая проводится с учетом социальных, профессиональных, психологических и медицинских факторов и базируется на интегративном подходе к больному, охватывающем все параметры его жизнедеятельности.

Важным звеном в цепи реабилитационных мероприятий являются санатории, в которых, к сожалению, психотерапевтическая помощь еще не достигла необходимого уровня. Таким образом, последние два вида психопрофилактики направлены на недопущение осложнений, хронического течения болезни, инвалидизации и изменения профессионального (социального) статуса пациентов.

Мероприятия по психогигиене и психопрофилактике в организациях должны носить комплексный, последовательный и преемственный характер.

Большое значение в системе психопрофилактических мероприятий имеет выявление лиц с нервно-психической неустойчивостью, их учет и организация медицинского наблюдения за ними. Своевременное выявление таких лиц может быть осуществлено только при совместных

усилиях руководителей, психологов и врачей. При этом квалифицированная оценка болезненных проявлений психики возможна в результате тщательного изучения личности сотрудника в процессе его первичного обучения и последующей профессиональной деятельности. В первую очередь объектом внимания врачей становятся лица, перенесшие в прошлом черепно-мозговые травмы, склонные к употреблению алкоголя и наркотиков, высказывающие суицидальные мысли; инфантильные личности, отстающие в учебе, недисциплинированные, часто предъявляющие жалобы на здоровье.

Следует обращать внимание на лиц, подвергающихся опасности воздействия профессиональных вредностей.

В период адаптации новых сотрудников к учебной и профессиональной деятельности у них может возникать хронический эмоциональный стресс, который проявляется тревожностью, неуверенностью, различными опасениями, ожиданием неудач, что ведет к снижению работоспособности. Профилактика таких состояний предполагает рационально построенную систему учебных тренировок, полноту информации о предполагаемом объеме и содержании заданий, воспитание уверенности в технике работы, своевременном получении необходимой психологической и медицинской помощи. В ряде случаев целесообразно предоставление отдыха, назначение витаминов, общеукрепляющих средств, реже — медикаментозной терапии.

Для сохранения психического здоровья и высокой работоспособности важна профилактика психогенных расстройств, обусловленных ситуационными трудностями. Их причинами чаще всего являются следующие:

- конфликты с коллегами по работе (учебе);
- дефекты здоровья, требующие индивидуального подхода и рационального трудоустройства;
- неблагополучие в личной жизни — болезнь родителей, их тяжелое материальное положение, конфликты в семье, разрыв с сексуальным партнером и др.

Ситуационные трудности могут приводить к переходу психологических реакций в патологические. При этом необходимо использовать три основных психопрофилактических подхода: личностный, межличностный, ситуационный.

Основой психологической дезадаптации лиц, перенесших в прошлом травматический стресс, являются различные проявления посттравматических стрессовых расстройств. Для преодоления психологических последствий стресса необходимо: изменить или ликвидировать проблему; уменьшить ее интенсивность, изменив точку зрения на нее;

снизить ее воздействие отвлечением или использованием других способов преодоления.

Таким образом, система психопрофилактических мероприятий должна быть ориентирована на раннее выявление лиц с психическими расстройствами и изменениями психического состояния доболезненного уровня, изучение условий, способствующих развитию психических расстройств, проведение коррекционной работы с пациентами, имеющими проявления пограничной психической патологии.

Психотерапия и психологическая коррекция

Психологическое воздействие людей друг на друга (в индивидуальном или групповом вариантах) может быть очень эффективным и иметь глубокие и длительные последствия. В этом нас убеждает как обыденный опыт, так и практика общения с больными. В разделе 4 мы уже останавливались на негативных психосоциальных факторах, которые вызывают психическую травму. Здесь будет рассмотрен противоположный, положительный полюс межличностного взаимодействия, способствующий излечению.

Исходной, наиболее широкой категорией в данной области является понятие психологической помощи. Психологическую помощь можно определить как совокупность психологических воздействий на человека, увеличивающих его жизнеспособность. В повседневном общении люди осознанно или неосознанно оказывают друг другу непрофессиональную психологическую помощь в форме психологической поддержки (успокоение, утешение, похвала, ласка и т. д.). Понятно, что такое воздействие может быть вербальным (словесное обращение, в том числе по телефону, письменное и др.) и невербальным (с вовлечением эмоциональной экспрессии и телесных контактов). Профессиональная психологическая помощь (ее оказывают врачи, психологи, педагоги, социальные работники) включает в себя психотерапию, психологическую коррекцию и консультирование, психодиагностику, профориентацию и психологическое просвещение. В специальной литературе широко используется термин «психологическое вмешательство» (интервенция), по существу равнозначный термину «психологическая помощь».

Психотерапия — основная и важнейшая форма психологической помощи, самостоятельный способ (вернее, совокупность способов) лечения различных расстройств и заболеваний. Этот вид лечения имеет целью изменить ход мыслительного процесса, содержание субъективных переживаний, поведенческие реакции человека и в конечном итоге работу функциональных систем организма путем воздействия на психику в ходе общения больного с врачом.

В большинстве психотерапевтических методов основой лечебного процесса является воздействие на больного словом в виде соответствующих суждений в необходимой обстановке с соблюдением нужной речевой интонации. Следует различать психотерапевтическое воздействие, осуществляемое в ходе лечебного процесса врачами разных специальностей и зависящее от уровня их психотерапевтической подготовки, и психотерапию как самостоятельный вид лечения больного с психической и психосоматической патологией.

Психотерапия как совокупность особых способов и приемов лечения осуществляется только врачами-психотерапевтами, психиатрами и наркологами. Это обусловлено тремя факторами:

- во-первых, до проведения психотерапии необходимо четко установить, нет ли у больного нарушений психических функций, при которых психотерапия противопоказана;
- во-вторых, установив особенности протекания нормальных и измененных психических процессов у больного, врач способен подобрать наиболее эффективные приемы психотерапевтического воздействия;
- в-третьих, клиническая психотерапия во всех случаях должна сочетаться с психофармакотерапией.

Психологическая коррекция (в дальнейшем — психокоррекция), в отличие от психотерапии, представляет собой совокупность способов активной профилактики психических нарушений путем устранения предболезненных дисфункций, дисгармоний и своевременного решения психологических проблем. Психокоррекция заимствует методический арсенал у психотерапии, адаптируя и применяя его по отношению к психически здоровому человеку (во многих случаях — к соматически больному). Таким образом, психотерапия и психокоррекция весьма сходны по своим формам и содержанию. Различие состоит в том, что психотерапией занимаются врачи — специалисты (в отдельных случаях — обученные медицинские сестры), а психокоррекцией — как врачи, так и психологи. В первом случае употребляются термины «клиническая психотерапия», «специфическая психотерапия» либо просто «психотерапия». Во втором случае говорят о неклинической психотерапии, психологической психотерапии либо о психокоррекции.

Методы психотерапии и психокоррекции удобнее всего классифицировать в соответствии с тремя основными направлениями современной психологии на бихевиорально-когнитивные, психодинамические и гуманистически-экзистенциальные. Об этом подробнее пойдет речь в подразделе 7.2. Существенно различаются методы психотерапии (психокоррекции), предназначенные для детей и взрослых. В первом случае предпочтительны игровой стиль взаимодействия

с больным ребенком и параллельная работа с ближайшими членами его семьи (воспитателями). В терапевтической работе со взрослыми используются всевозможные ее методы и формы, часто в различных сочетаниях. Классификация форм психотерапии и психокоррекции приведена в таблице 5.

Таблица 5

Формы психотерапии и психокоррекции

Разновидности психологической помощи	Формы работы			
	Индивидуальная	Групповая	Семейная	Сочетанные (примеры)
Психотерапия (с больным) Психокоррекция (со здоровыми людьми, клиентами)	Индивидуальная психотерапия Индивидуальное психологическое консультирование	Групповая психотерапия Групповой социально-психологический тренинг; групповой дефрибинг	Семейная терапия; терапия супружеских пар Семейное, парное консультирование	Мультисемейная терапия; индивидуальная и групповая; индивидуальная и семейная Консультирование организаций; индивидуальная и групповая работа с группами риска

Основной формой работы с пациентом (клиентом) является, конечно, индивидуальная. Она представляет собой неформальную, частично структурированную (то есть проводимую по нежесткому плану и графику), строго конфиденциальную беседу двоих, реже троих людей. В последнем случае с пациентом беседуют два врача (или психолога); один из них активно работает, а второй (его называют супервизором) контролирует и направляет действия первого. Сеанс индивидуальной психотерапии продолжается от 30 минут до полутора часов.

Групповая форма психологической работы является сложной и весьма эффективной. Подбирается группа пациентов с однородной патологией, ее оптимальная численность — от 8 до 12 человек (допустимые пределы от 6 до 16 человек). Групповая психотерапия использует разнообразные взаимодействия членов группы с лечебной целью. Этим процессом руководят два профессионала: первый (терапевт) играет ведущую роль, а второй (котерапевт) помогает первому. Предварительно

оговаривается, что общение членов группы ограничено пределами того помещения, в котором происходит встреча (сессия). Продолжительность сессии — от одного до двух часов. Групповые формы психокоррекции проводятся по аналогичной схеме. Как правило, лечебные и коррекционные группы организуются и работают на демократических началах.

Психологическая работа с семьями (супружескими парами) считается относительно новой и очень перспективной формой работы. Принципиальным ее отличием от групповой является непрекращающееся общение членов семьи между сессиями. Это придает терапевтическому процессу малопредсказуемый, остросюжетный характер и требует от ведущих терапевтов высокого уровня профессиональной подготовки. Все сказанное относится и к семейной психокоррекции (консультированию).

Сочетанные формы психологической работы широко применяются на практике. Чаще всего это сочетание индивидуальной и групповой психотерапии, которое осуществляется в специализированных стационарах (клиниках неврозов, психосоматических отделениях и др.).

Упомянем также коллективную психотерапию, которая является хотя и устаревшей, но вполне приемлемой формой работы. Она была предложена В. М. Бехтеревым; ее сущность состоит в одновременном лечебном воздействии терапевта на группу больных с однородной патологией. Так, например, организуется психологическая помощь родственникам в случаях массовой гибели людей.

Наряду с формами психотерапии «непосредственного контакта» (лицом к лицу) существуют различные формы дистантного психологического взаимодействия. Пока наиболее распространенной из них является телефон доверия; используются также возможности аудио- и видеотехники. В стадии научной разработки находятся компьютерная психотерапия, воздействие через Интернет и другие современные формы телекоммуникации.

Наряду с организационной формой проведения психотерапия (психокоррекция) классифицируется также по ее интенсивности и продолжительности. Различают следующие пять степеней:

1. Однократная, терапия одной сессии (встречи). Она больше подходит для психокоррекции несложных случаев, чем для лечения патологии. Требует от терапевта хорошей подготовки и высокой степени квалификации.

2. Кризисное вмешательство (его называют также сверхкраткосрочной терапией) включает от 2 до 6 сессий с короткими интервалами между ними (ежедневно или через день). Применяется в острых случаях. Средняя продолжительность — 10 дней.

3. Запланированная краткосрочная (или просто краткосрочная) психотерапия включает 7–10 сессий с регулярными интервалами от двух дней до одной недели. Применяется в амбулаторных условиях для лечения подострых и затяжных форм патологии. Приемлема в качестве компонента санаторно-курортного лечения. Средняя продолжительность — один месяц.

4. Ограниченная во времени психотерапия состоит из 11–20 сессий с интервалами до одной недели. Таким образом, ее средняя продолжительность составляет 3 месяца. Используется в условиях стационара для лечения хронической патологии.

5. Долгосрочная психотерапия. В настоящее время относительно редкая разновидность, применяемая в наиболее сложных случаях. Курс психотерапии, включающий более 30 сессий и продолжающийся более полугода, едва ли можно считать целесообразным.

Отдельно классифицируются сверхинтенсивные формы групповой терапии продолжительностью от 6 часов до трех и более суток (с минимальными перерывами на сон и еду).

В заключение необходимо кратко остановиться на неспецифической (некаузальной) психотерапии. Этим термином описывают достаточно «размытое» и возрастающее множество мероприятий, методических приемов и иных усилий, направленных на поддержание психического тонуса и комфорта всех амбулаторных и стационарных больных независимо от их диагнозов и особенностей состояния. Сюда входит построение «психотерапевтической среды», включающей бережное и гуманное отношение к пациентам, четкое функционирование всех подразделений медицинского учреждения, поддержание в нем чистоты и порядка. Погруженным в данную среду пациентам предоставляются возможности интересной и полезной для них деятельности (трудотерапия, музыкотерапия, библиотерапия — чтение книг; доступные виды художественного творчества, взаимодействие с объектами фауны и флоры и т. д.).

Основные виды психотерапии

Интенсивное развитие психотерапии во второй половине XX века превратило ее из раздела психиатрии в самостоятельную научно-практическую область, занимающую солидное место в культурном пространстве и общественном сознании, особенно за рубежом. Создано множество научных сообществ, издаются журналы и монографии, проводятся конференции, работают высшие учебные заведения. Благодаря этому психотерапия оказала и продолжает оказывать позитивное гуманизирующее влияние на процессы воспитания и образования, отношение общества к больным и людям с ограниченными возможностями,

правонарушителям и иным маргинальным группам. В наше время любой психолог стремится представиться психотерапевтом, что увеличивает его авторитет. Однако степень автономии психотерапии и ее влияние на общественную жизнь были преувеличены. Достаточно очевидно, что успехи психотерапии связаны в первую очередь с прогрессом в области клинической психиатрии, с пониманием причин и сущности психических расстройств. Вторым «источником силы» психотерапии является научная психология, раскрывающая механизмы принятия решений и саморегуляции поведения человека. К такому выводу приводит нас рассмотрение ключевых моментов в истории психотерапии. Психологическое воздействие изначально считалось необходимым компонентом любого лечения. Доисторические реликты лечебной магии сохранились повсеместно; особо благодатную почву они получили в современной России, где успешно действуют более 300 тысяч народных целителей, магов, колдунов и прочих. Их успехи основаны на использовании внушения (суггестии) — одного из древнейших механизмов психологического воздействия. Этот механизм использовался в жреческой и религиозной медицине древности. С исследования механизма внушения и началась психотерапия как научная дисциплина. Первую книгу о нейрогипнологии выпустил английский врач Дж. Брейд в 1843 году. Последующие работы Ф.-А. Месмера, Ж.-М. Шарко, И. Бернгейма и других привели к становлению первого и исходного направления психотерапии — бихевиорального (позднее оно стало называться бихевиорально-когнитивным). Лечебные внушения в состоянии гипноза являются прямым психологическим вмешательством, перестройкой содержания сознания и поведения пациента. Научные исследования гипноза проводил И. П. Павлов; крупным гипнотерапевтом своего времени считался В. М. Бехтерев. Ему, в частности, принадлежит разработка представлений о самогипнозе, которые в дальнейшем легли в основу методов психической саморегуляции. Бихевиоральное направление опирается на результаты лабораторных экспериментов по обучению животных и человека, прежде всего на открытое И. П. Павловым классическое обусловливание и оперантное обусловливание, описанное американским ученым Б. Скиннером. В первые десятилетия XX века гипнотическое внушение пополнилось методами внушения и убеждения наяву (разъяснительная или рациональная терапия — В. М. Бехтерев, 1911; П. Дюбуа, 1912). Затем были предложены методы психической саморегуляции (самый известный из них — аутогенная тренировка И. Шульца). Вслед за ними появились методы модификации поведения (жетонная система поощрения, применяемая в психиатрических стационарах), избавления

пациентов от фобий и других навязчивых явлений. На последнем этапе (1960–1970-е годы) бихевиоральная (поведенческая) терапия пополнилась когнитивными методами, нацеленными на перестройку мышления пациентов. Они оказались весьма перспективными.

Итак, мы видим, что бихевиоральная терапия апеллирует к разуму, сознанию пациента (в гипнотических методах пациент добровольно «вверяет» свое сознание гипнотерапевту, не утрачивая собственного контроля). Пациенту предписываются произвольные усилия, плановые тренировочные занятия, ему выдаются домашние задания и выставляются оценки. Все это напоминает процесс школьного обучения или спортивных тренировок. Большинству пациентов такое «ученичество» нравится и вполне их устраивает. Можно сказать, что стиль отношений врача с больным воспринят бихевиоральной терапией от клинической медицины в целом. В психологии такой стиль называют вертикальным: врач занимает позицию «сверху», а пациенту отведена позиция «снизу». В конечном счете бихевиоральная терапия нацелена на усиление произвольного сознательного контроля над своими переживаниями (деструктивными мыслями, отрицательными эмоциями и др.) и реальными действиями дезадаптивной направленности — вплоть до их полного устранения.

На рубеже XIX и XX веков психология и психотерапия направились «вглубь» — на поиски подсознательных источников активности человека.

Альтернативой бихевиоральному направлению стало развиваемое З. Фрейдом с 1896 года психодинамическое направление психотерапии. Иногда его называют «глубинной психологией». Оно вызвало бурные дискуссии, но постепенно завоевало мировую известность. Многие и сейчас путают термины «психотерапевт» и «психоаналитик», воспринимая их как синонимы. Новый метод психотерапии — психоанализ — предназначен для лечения неврозов путем сознательного отреагирования следов психических травм, полученных человеком в детстве и затем автоматически вытесненных в подсознание. Таким путем сфера бессознательного попала в фокус внимания ученых разных специальностей и оставалась в нем на протяжении первой половины XX века. У З. Фрейда было и остается множество последователей, в том числе и в нашей стране. Крупнейшими из них были А. Адлер, К. Г. Юнг, Г. Олпорт, Э. Эриксон и др. Оговоримся, что в Советском Союзе практика психоанализа была запрещена, а идеи фрейдизма подвергались уничтожающей критике. В настоящее время историческая справедливость восстановлена.

Однако психодинамический подход в отечественной психотерапии советского периода был все же представлен, хотя и в завуалированном

виде. Имеется в виду патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева — крупнейшего представителя советской медицинской психологии. Нацелив психотерапию на реконструкцию нарушенных межличностных отношений пациента, В. Н. Мясищев намного опередил свое время.

Психоаналитическая терапия была и остается элитарной. Это связано с ее большой длительностью, высокой стоимостью, интенсивными нагрузками на интеллект пациента и его творческий потенциал. Большинству населения это просто недоступно. Добавим также, что успех психоанализа всецело зависит от степени искренности пациента, требует раскрытия всех его личных психологических тайн. Это также составляет трудность для многих людей (так называемых интровертов). Роль терапевта-аналитика сродни роли акушера: он помогает пациенту найти и освободиться от скрытых за барьером детской амнезии источников дискомфорта, целиком и полностью осознать и ассимилировать их, восстановить целостную «фактуру и протяженность» сознания.

Идя навстречу запросам времени, психоанализ на протяжении XX века непрерывно развивался. К настоящему времени разработаны краткосрочные интенсивные методы психодинамической терапии, позволившие во многом преодолеть ограничения и трудности, свойственные первоначальным формам психоанализа. Новые методы более просты и доступны, но не менее эффективны, чем старые.

Бессознательные невротические «комплексы», установки действительно были обнаружены у части больных, однако их патогенное влияние оказалось далеко не универсальным. Детские психотравмы и их отдаленные последствия не смогли объяснить всего многообразия психической патологии и подобрать к нему психотерапевтические «ключи». Необходим был поиск новых путей.

К 60-м годам XX века в американской психологии возникло новое направление, получившее название гуманистической психологии, или «третьей силы». Оно поставило своей целью выйти за пределы дилеммы «бихевиоризм или психоанализ» и открыть новый взгляд на природу психики человека. Частично эту цель можно считать достигнутой.

Основные принципы гуманистической психологии состоят в следующем:

- подчеркивание роли сознательного опыта;
- убеждение в целостном характере природы человека;
- акцент на свободе воли, спонтанности и творческой силе индивида;
- изучение всех факторов и обстоятельств жизни человека в их взаимосвязи.

Гуманистическая психология от самых истоков представляла собой единое целое с гуманистической психотерапией. Однако термин «терапия» в этом контексте лучше было бы заменить на «коррекцию». Дело в том, что гуманистическое направление отказалось от медицинской модели психической патологии и приняло позиции антипсихиатрии (Томас Сац, 1960). Согласно последней, психическая патология и норма неразличимы, а психические расстройства следует считать разновидностями своеобразных адаптивных реакций. Теоретики гуманистического направления (А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мэй и др.) понимают психотерапию как помощь человеку (в их терминологии — клиенту) в самостоятельном решении психологических проблем, устранении «дисфункций», препятствующих свободной жизни и развитию личности. Несмотря на выраженный антимедицинский уклон, теоретические построения представителей «третьей силы», а особенно предложенные ими методы вмешательства представляют большой клинический интерес. Это связано с акцентом «гуманистов» на полноценных межличностных отношениях терапевта с клиентом, имеющих равный, двусторонний, демократический, дружеский характер. Равноправие терапевта и клиента как партнеров, их взаимная открытость навстречу друг другу поддерживают у больного чувство человеческого достоинства, уверенность в своих силах, желание поскорее выздороветь. И во многих случаях это срабатывает, патологические симптомы редуцируются. Следует оговориться, что гуманистические методы применимы к начальным стадиям расстройств, к их легким формам, при которых центральные структуры личности (то есть Я-концепция) пациента еще не затронуты патологическим процессом.

Несмотря на свою относительную молодость, гуманистическое направление успело созреть и разветвиться. В его рамках школы К. Роджерса, В. Франкла, Ф. Перлса, Н. Пезешкиана в последние десятилетия приобрели мировую известность и самостоятельность, вошли в учебники, привлекли большое число талантливых последователей. Наиболее заметных успехов добилась гештальт-терапия Ф. Перлса, активно вбирающая и использующая все лучшее, что появляется в других направлениях и школах.

Кратко описанные здесь три направления психотерапии интенсивно развиваются, находя все новые и новые области применения — как в медицине, так и за ее пределами. Общее число психотерапевтических методик приближается к 700 — это уже соответствует числу наиболее употребительных медикаментов. Освоить их на профессиональном уровне одному человеку не представляется

возможным. Новые методы все чаще создаются «на стыке» различных направлений и школ. Все это приводит трезвомыслящих ученых и практиков к необходимости интеграции в психотерапии (рискнем предположить, что интеграция в психологии — дело более отдаленного будущего). Интересы больных и людей, находящихся в кризисных и экстремальных состояниях, настоятельно требуют наведения порядка в «психотерапевтических джунглях», придания им логической стройности. Хотелось бы надеяться, что эта задача будет решена в ближайшие десятилетия. Заметим, что при всем имеющемся многообразии психотерапия остается научной дисциплиной, придерживается своих рациональных основ, объективно оценивает свои сильные и слабые стороны. Она никогда не будет впадать в мистику и претендовать на роль новой религии, открывающей людям пути и способы «правильной» жизни. Ответственность за свой выбор, за свои поступки, за их предвидимые последствия может быть снята только с душевнобольных, да и то в ряде особых случаев (например, патологический аффект, помрачение сознания, грубые дефекты личности). В большинстве же случаев психотерапия помогает человеку стать сильнее, избавиться от внутренних помех и дискомфорта, приблизиться к полноценной насыщенной жизни, ощутить свою индивидуальность. Психотерапия несомненно способствует приближению людей к общечеловеческой жизненной мудрости, благоразумному и взвешенному поведению. Психотерапию называют искусством заботы; жизнь и деятельность выдающихся психотерапевтов второй половины XX века, таких, как Джейкоб Морено, Вирджиния Сатир, Эрик Берн, Фриц Перле, Милтон Эриксон, Карл Роджерс, Ролло Мэй, Ирвин Ялом, Джеймс Быоджентапь и многих других, дают примеры искреннего стремления помогать людям, высочайшего практического мастерства, творческой самоотдачи и житейского оптимизма.

Рассмотрим теперь примеры методических подходов, техник и приемов психотерапии, представляющих наибольшую ценность для практикующего врача. Они применяются как изолированно, так и в различных сочетаниях.

Техника молчания (активного, или эмпатического слушания). Психотерапию называют искусством слушать. Умение выслушать пациента до конца, дать ему свободно выговориться можно считать базовым для специалиста. Внимательно слушая, терапевт вместе с тем внимательно наблюдает и запоминает позы, мимику, жесты и другие формы невербального поведения пациента; поддерживает его рассказ кивками и междометиями; подает поощряющие реплики: «Так-так, ага, интересно! Пошли дальше, подробнее, пожалуйста», и так далее. Таким

образом, диалог продолжается, но пальма первенства в нем на некоторое время отдается пациенту.

Техника вербализации (повторного проговаривания). Заключается в пересказе терапевтом законченного сообщения (группы фраз) пациента. При этом терапевт использует собственные слова и выражения, избегая прямого повторения слов пациента и уклоняясь от оценочных интерпретаций (типа «хорошо или плохо»). Цель такого переформулирования — выделение в высказывании пациента наиболее существенных моментов, «острых углов», по возможности отфильтровывая при этом эмоциональные преувеличения сути происходивших событий. Так, высказывание пациентки: «Моя дочь сошла с ума. Она завела любовника и несколько раз приводила его к нам домой», — терапевт пересказывает: «Как я понял, у Вашей дочери появился постоянный молодой человек».

Техника выражения эмоций. Известно, что при неврозах и психосоматических расстройствах наблюдается алекситимия — неспособность словесно выразить свои эмоции. Данная техника нацелена на преодоление этого симптома, облегчение «доступа» разума пациента к его собственным эмоциям. Заметив эмоциональную реакцию пациента, терапевт приостанавливает его рассказ и просит описать словами те переживания, которые он испытывает в данный момент (принцип «здесь и сейчас»). При затруднениях пациента возможны подсказки. Терапевт мотивирует свои действия искренним интересом к субъективным чувствам пациента, попутно способствуя его эмоциональной «разгрузке». Например, терапевт говорит пациенту: «Вы внезапно замолчали и некоторое время смотрели в пол, тяжело при этом дыша. Скажите пожалуйста, что Вы при этом чувствовали?».После описания эпизода терапевт просит пациента продолжить свой рассказ.

Описанные выше три техники разработаны в рамках гуманистического направления психотерапии.

Техника интерпретации. Это группа приемов, сущность которых состоит в том, что терапевт обращает внимание на некоторые особенности поведения пациента, которых тот не замечает или не придает им значения. Терапевт стремится выявить их особое значение и убедить в этом пациента. Приведем пример. Терапевт: «Рассказывая около часа о своей семье, Вы ни разу не упомянули о муже». Пациентка: «Да, у меня есть еще и муж, я как-то забыла об этом». Терапевт: «Что Вы можете о нем сказать?» Пациентка: «Он живет со мной. У нас все нормально. А что Вы еще хотите знать?» Терапевт: «Ну, например, как Вы к нему относитесь, как он к Вам относится». Пациентка: «А-а вот оно что» — и т. д. В последующем необходимо постепенно подвести

пациентку к осознанию, что ее отношения к мужу для нее самой представляют «запретную» тему. Далее последует совместный поиск причин такой «герметизации» и путей ее преодоления. Различные виды интерпретации являются важнейшими техниками в психоаналитической и других близких к ней разновидностях психотерапии.

Техника конфронтации. Один из основных методических приемов когнитивной психотерапии, состоящий в прямом или косвенном оспаривании иррациональных убеждений пациента — жестких и ограниченных установок по отношению к самому себе и различным явлениям жизни. В данной дискуссии терапевт может позволить себе быть ироничным, а при необходимости — резким и «непримиримым». Приведем пример. Пациент: «Если моя жена окончательно меня бросит, это будет ужасно». Терапевт: «Для кого?» Пациент: «Для меня, конечно». Терапевт: «И что в этом ужасного?» Пациент: «Я останусь один без нее». Терапевт: «Вот это верно. Но в чем здесь ужас, я пока не вижу» — и т. д. Осуществляя конфронтацию, терапевт не стремится вынудить пациента немедленно отказаться от своих взглядов. Важно фиксировать его внимание на возникших расхождениях, запуская тем самым длительный процесс осознавания заблуждений и их переосмысления.

Техника внушения наяву. Типичный прием бихевиоральной терапии, находящий применение в медицине на протяжении тысячелетий. Внушение (суггестия) — это главный психологический механизм общения и взаимодействия людей. Внушение представляет собой неаргументированное директивное словесное воздействие, в результате которого формируются установки разной степени устойчивости. Пользуясь этим приемом, всегда следует соблюдать осторожность, взвешивая буквально каждое свое слово. Текст высказывания должен быть кратким, ясным, однозначным. Манера произнесения — уверенная, неторопливая, с отчетливой дикцией и повелительной интонацией. В тоне голоса должны ощущаться спокойствие и доброжелательность. Внушение способствует закреплению позитивных изменений, достигнутых пациентом в ходе психотерапии. Приведем пример. Пациентка: «Кажется, у меня стало меньше кожных высыпаний, хотя я уже два месяца не пользуюсь лекарствами». Терапевт: «Ваши кожные высыпания исчезают. Через некоторое время они полностью и окончательно исчезнут. Полностью и окончательно. (Небольшая пауза.) Теперь продолжайте Ваш рассказ». Возможны также прямые внушения в форме запрета, например: «Теперь, после нашей встречи, Ваше носовое дыхание полностью восстановится, и Вы не будете больше нуждаться в этих каплях. Они Вам просто не будут нужны».

Техника аверсивного обусловливания. Также один из типичных приемов бихевиоральной терапии, нацеленный на устранение негативных форм поведения (в частности, вредных привычек). Заключается в сочетании неприятного (по существу — наказывающего) воздействия с состоянием или ситуацией, которые обычно вызывают удовольствие. Аверсивные стимулы могут быть психологическими (осуждение, высмеивание, денежный штраф и др.) и физиологическими (боль, физическая нагрузка, депривация потребностей и др.). К примеру, пациент, бросающий курить, заключает с терапевтом договор, что после каждой выкуренной сигареты он будет оттягивать резиновый браслет на правом предплечье и больно щелкать себя по коже три раза подряд. Можно заметить, что приведенные здесь и многие другие бихевиоральные (поведенческие) методы обладают почти стопроцентной эффективностью, то есть помогают абсолютному большинству пациентов при условии их правильного применения.

Психологическая коррекция и консультирование

Как известно, психокоррекция является функцией практических психологов. Однако существует ряд ситуаций, в которых эту работу предпочтительнее выполнять врачу. Прежде всего имеются в виду психологические проблемы у раненых и больных. В психокоррекции со стороны врача периодически нуждаются пациенты со сниженной нервно-психической устойчивостью, отклоняющимся поведением — все те лица, в отношении которых профессиональные усилия психологов оказываются недостаточными. Психологические срывы, жизненные кризисы могут встречаться не только у пациентов, но и их родственников; в таких случаях может возникнуть необходимость в парном или семейном консультировании. Семейное консультирование, в отличие от индивидуального, отличается большей сложностью. Итак, мы остановимся на основной разновидности психокоррекции, актуальной для врачебной практики: индивидуальном психологическим консультировании.

Индивидуальное консультирование — это доверительная беседа с глазу на глаз, в ходе которой происходит установление психологической проблемы, ее анализ, а также определяются и прорабатываются возможные пути ее разрешения. Консультация продолжается 1–2 часа, она проводится в изолированном помещении или на лоне природы. От начала до конца консультативный процесс ведет и контролирует врач. Существуют различные технологии и стили консультирования. В наиболее типичном варианте оба участника беседы сидят на стульях или в креслах лицом друг к другу на минимальном расстоянии, которое не вызывает дискомфорта у клиента. Со взаимных приветствий,

усаживания, знакомства начинается первая фаза консультации — фаза установления контакта. Скованность, недоверие, застенчивость и другие защитные реакции клиента необходимо снять, поскольку они будут мешать дальнейшей работе. Для этой цели подходят: приветливая улыбка, дружеский жест, добрая шутка и даже комплимент в адрес клиента.

Во второй фазе консультации между врачом и клиентом происходят краткие переговоры, в результате которых заключается устный «контракт» — совместный план дальнейшей работы. Прежде всего необходимо сформулировать и уяснить сущность психологической проблемы, например, «частые эмоциональные срывы», «приступы тревоги и страха», «плохие отношения с женой» и т. п. Уяснив проблему, врач с самого начала выражает уверенность в ее успешном разрешении, затем он гарантирует клиенту соблюдение психологической тайны и психологической безопасности. Далее следует переход к третьей фазе.

В третьей фазе — «исповеди» — клиент подробно рассказывает о возникшей проблеме, желательно с конкретными примерами, помогающими уяснить ее полную картину. Врач деликатно направляет монолог клиента, если тот выходит из намеченного русла. В конце рассказа можно задать уточняющие вопросы, поскольку жизнь клиента на текущий период должна быть обрисована во всей возможной полноте. К этому моменту у врача формируются одна или несколько диагностических гипотез, которые будут обсуждаться в следующей фазе консультации.

Четвертую фазу называют фазой совместного толкования (интерпретации) проблемы. Диагностические гипотезы выдвигаются как врачом, так и клиентом и обсуждаются по мере поступления. Желательно остановиться и взять за основу ту из них, по которой был достигнут консенсус. При этом врач, например, произносит: «Кажется, теперь мы оба согласны, что эпизоды тревоги каким-то образом связаны с последними неприятностями на службе, не так ли? Если так, давайте вместе поищем разумные выходы из этой ситуации». Таким образом происходит переход к следующей фазе.

Пятую фазу называют «расширением целей», поскольку в ней предлагаются (в данном случае — только клиентом при косвенных подсказках врача) различные варианты действий, нацеленные на выход из проблемной ситуации. Их следует проработать с возможной тщательностью. Если клиентом будут предложены новые формы поведения, например обращение к начальнику, к жене и т. п., их следует отрепетировать в форме игры. Роль партнера исполняет врач-консультант. Намеченные варианты не следует сравнивать и искать среди них

лучший. Этот выбор остается за клиентом. Имеются исключения — тенденции клиента к агрессивному и саморазрушающему поведению. Они оспариваются врачом со всей силой убеждения и внушения.

Заключительная, шестая фаза консультации посвящена оценке ее итогов. Врачу необходимо удостовериться, все ли было сделано правильно, какой материал остался непроработанным, в какой степени удовлетворен клиент. В зависимости от всего этого принимается решение о завершении встречи либо о повторной встрече.

Как можно было убедиться, технология консультирования несложна. Для успешного проведения такой работы общей врачебной подготовки (с минимумом психологических знаний) оказывается вполне достаточно.

Напомним еще раз, что психокоррекция и психотерапия — это разные уровни психологической помощи (хотя и сходны по форме и содержанию). Психотерапией должны заниматься только врачи-специалисты.

ГЛАВА 5.
ЛИЧНОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

5.1. Понятие личности в клинической психологии

Расстройства личности являются одной из спорных тем клинической психологии, поскольку болезненное (патологическое) личностное функционирование осуществляется по тем же закономерностям, что и здоровое (нормальное), только в измененных условиях. К этим измененным условиям относятся: 1) нарушение структуры иерархии мотивов; 2) формирование патологических потребностей и мотивов; 3) нарушение смыслообразования; 4) нарушение саморегуляции и опосредования; 5) нарушение критичности и спонтанности; 6) нарушение формирования характерологических особенностей личности.

О расстройствах личности можно говорить тогда, когда в структуре личности настолько резко выражены определенные свойства, что они становятся причиной серьезных страданий или конфликтов. Следует обратить внимание на то, что болезненным признается не само наличие специфических свойств (что является проявлением индивидуально-личностных особенностей, многообразия личностных характеристик людей), а их доминирование над другими, приводящее к затруднениям в социальном функционировании личности.

Болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций.

Дезадаптивные особенности могут также затрагивать эмоциональные, интеллектуальные, перцептивные или психодинамические проявления. Сначала в клинической психологии под личностными расстройствами понимали любое психическое заболевание, в котором наряду с негибкостью и нерегулируемостью поведенческих реакций наблюдалось рассогласование мотивационной сферы, потребностей и смысла поведения. Такая трактовка личностных расстройств была очень широкой и охватывала помимо поведенческих нарушений невротические и психотические расстройства. В широком смысле слова термин «личностное расстройство» более не используется. Сегодня его

значение ограничено нарушениями социального поведения и взаимодействия, не связанными с невротическим характером патологии.

Нарушения социального поведения и взаимодействия представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от нормативного образа социального взаимодействия и межличностных отношений, свойственных определенной культуре. Другими словами, они связаны с характерологическими особенностями личности. Узловым моментом формирования характера, согласно С. Л. Рубинштейн, является превращение ситуационных мотивов, отражающих обстоятельства, в которых личность оказалась по ходу жизни, в устойчивые личностные побуждения к тому или иному поведению. Под характером можно понимать иерархическую систему обобщенных мотивов, которые обобщаются под влиянием внешних обстоятельств. Мотив становится характерологическим свойством личности, когда он генерализуется по отношению к ситуации, в которой появился, распространившись на все ситуации, сходные с первой. Обобщенный мотив, таким образом, превращается в способ поведения, не выражающий непосредственно личные побуждения. Просто разные побуждения, сходные по содержанию, могут быть реализованы этим общим способом. Это обстоятельство определяет то, что обобщенные способы поведения могут не совпадать с текущим содержанием актуального мотива. А это, в свою очередь, при закреплении в структуре личности делает ее поведение неадаптивным по отношению к изменчивым социальным ситуациям. В этом смысле способы поведения становятся патологическими. А характер как система таких способов становится патологическим характером, или психопатией — патохарактерологическим расстройством личности.

Долгое время в клинической психологии патохарактерологические расстройства называли «психопатиями». Первоначально в органической парадигме клинической психологии под психопатиями понималось любое болезненное состояние психики, для которого не были известны истинные (т. е. органические) причины расстройства. В дальнейшем значение этого термина было ограничено сферой безнравственного поведения, связанного с пониженной эмоциональностью, ослаблением чувства вины и совершением противоправных действий.

Концепция психопатии как патохарактерологического расстройства получила развитие в результате введения К. Ясперсом в психиатрию и клиническую психологию теории «идеальных типов» немецкого социолога М. Вебера. К. Ясперс увидел в методах М. Вебера путь к классификации тех психических расстройств, для которых не удавалось обнаружить четкой органической этиологии, — психопатий. М. Вебер считал, что все научные понятия определяются целями научного познания.

В психиатрии и клинической психологии целями являются укрепление психического здоровья и ослабление последствий психических расстройств. Поэтому идеальные типы личности избирательно характеризуют наиболее значимые стороны поведения личности, имеющие социальную ценность. Другими словами, идеальные типы — это идеализированные описания характера личности, которые даются с определенной точки зрения. С их помощью можно характеризовать и типологизировать то или иное отклоняющееся от социальных норм поведение.

По К. Ясперсу, идеальные типы личности объединяют разрозненные внешние (поведенческие) признаки расстройств и связывают их между собой на основе некоторой бросающейся в глаза базисной (доминирующей) характеристики. Базисная черта личности не является «источником» всех других личностных черт — она только связывает их в некоторое концептуальное единство. Список базисных черт постулируется клинической психологией, т. е. накладывается на различные формы отклоняющегося поведения только лишь с целью диагностики. Именно поэтому идеальные типы не отражают все особенности личности, а «укладывают» их в прокрустово ложе диагностических категорий. Другими словами, происхождение актуальной проблемы приписывается базисной черте как наиболее правдоподобной причине расстройства социального функционирования личности. Таким образом, никогда нельзя создать универсальный и постоянный список личностных расстройств, поскольку они всегда являются плодом размышляющего разума психиатра или клинического психолога, пытающегося объяснить имеющееся у человека расстройство поведения. Именно поэтому возможные базисные признаки патологической структуры личности постоянно создаются, проверяются, модифицируются и усовершенствуются в зависимости от точки зрения, доминирующей в клинической психологии в то или иное время.

Каждый клинический психолог может определить идеальный тип личности на том уровне специфичности, который он считает наиболее подходящим для своих практических или теоретических целей. В настоящее время существует два основных подхода к описанию типов личностных расстройств. Первый основывается на поведенческих реакциях, которые могут при определенных условиях приводить к повышенной конфликтности межличностных отношений и социальной дезадаптации. Второй основывается на выделении базисной психической сферы (когнитивной, волевой, эмоциональной), в которой наиболее четко проявляется характер нарушения, приводящего к расстройству социального функционирования личности.

В настоящее время вместо термина «психопатии» предпочтительнее использовать термин «расстройство личности». Смена

терминологии связана с тем, что понятие «психопатии» имеет характер унизительного «ярлыка», связанного с «моральным» дефектом личности. Чаще всего слово «психопат» в обыденной речи используется для подчеркивания асоциальности субъекта. А также оно не совсем точно отражает сущность имеющихся нарушений, которая заключается не в расстройстве той или иной психической функции, а в изменении характера социального взаимодействия личности.

Личностные расстройства отличаются от других изменений личности, возникающих в результате нарушения психических функций. Они представляют собой онтогенетические (т. е. возникающие в процессе развития организма человека) состояния (черты) личности, формирующиеся в подростковом возрасте под влиянием социальных условий развития и сохраняющиеся в периоде взрослости. В качестве самостоятельной группы психологических нарушений личностные расстройства не вызваны другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними.

Другие изменения личности, в отличие от личностных расстройств, возникают вслед за тяжелым органическим заболеванием либо в результате переживания экстремальных ситуаций, либо вследствие травм мозга, безотносительно к тому, в каких условиях происходило развитие личности до заболевания.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:

- генетические;
- органические;
- социальные.

Генетические факторы определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

Выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции:

- уровень полевой реактивности;
- уровень стереотипов поведения;

- уровень экспансии;
- уровень эмоционального контроля.

Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности.

В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами психосоциального развития личности — неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.

В отечественной клинической психологии существует традиция схоластического деления психопатий на органические (психопатоподобные расстройства) и неорганические (собственно психопатии). Однако такое разделение сомнительно с точки зрения феноменологии (проявления) нарушений. Кроме того, методы коррекции и социальные последствия органических и неорганических психопатий полностью совпадают.

Все дети начинают свое развитие с разными достоинствами и недостатками, обусловленными генетическими и органическими причинами. Однако не у всех возникают личностные расстройства и нарушения поведения. Формирование конкретных по содержанию моделей поведения и контекста их проявления происходит во время психосоциального развития личности. В зависимости от условий воспитания и обращения дети с разными генетическими и органическими предрасположенностями могут демонстрировать сходные модели проблемного поведения и социального взаимодействия. Обнаружение этого факта даже привело к тому, что одним из альтернативных терминов для обозначения психопатий некоторое время было словосочетание «социопатическая личность» (личность, имеющая нарушенные, неадаптивные социальные связи).

Нормальное личностное развитие осуществляется по предсказуемому и нормативно определенному обществом пути: сначала овладение физиологической регуляцией, затем более сложными навыками — коммуникацией и установлением межличностных отношений.

В неблагоприятных социальных условиях предсказуемость и определенность развития исчезает, что приводит к проблемам с адаптацией. Неправильное воспитание или жестокое обращение с детьми задерживает или нарушает основные процессы развития: формирование ранней привязанности, регуляцию телесных функций и эмоций, формирование представлений о себе и других людях.

Следует иметь в виду, что в детском и подростковом возрасте только лишь закладываются основные характеристики будущих расстройств личности. Так как личность в этом возрасте еще не сформирована до конца, по отношению к детям и подросткам (т. е. по отношению к людям, не достигшим 18 лет) говорить о полноценном расстройстве личности — некорректно.

Патологическими способами поведения, генерализующимися в личностной структуре под влиянием обстоятельств психологического развития в детском возрасте, становятся следующие типы поведенческих реакций:

- реакции отказа;
- реакции оппозиции (протеста);
- реакции имитации;
- реакции компенсации;
- реакции гиперкомпенсации;
- реакции эмансипации;
- реакции группирования;
- реакции увлечения;
- реакции сексуальные.

Критерии превращения поведенческих реакций в патохарактерологические:

1) тотальность (они занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов и проявляются во всех ситуациях);

2) относительная стабильность проявления во времени;

3) социальная дезадаптация.

Отсутствие хотя бы одного критерия в поведенческих проявлениях личности дает основание говорить о нормальном, но акцентуированном характере. Акцентуации проявляются лишь в сложных жизненных ситуациях, тогда как расстройства личности — даже в обычных условиях жизни. Нарушения адаптации при акцентуациях возникают только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства жизни прицельно попадают в «слабое звено» системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности дезадаптация возникает от всевозможных поводов.

Личностные расстройства выступают предрасполагающим фактором, способствующим появлению пограничных психических расстройств, и оказывают влияние на их терапию (коррекцию).

В этом значении термин «личностные расстройства» используется в работах Б. В. Зейгарник.

Все подчеркнутые реакции возникают не раньше подросткового возраста.

Классификация личностных расстройств

В отечественной клинической психологии по-прежнему доминирует классификация, предложенная еще П. Б. Ганнушкиным в 1933 г. и развитая А. Е. Личко в 1977 г. В классификации А. Е. Личко базовыми критериями являются типы поведенческих реакций (их выраженность и сочетание). Однако с 1994 г. отечественная клиническая психология официально перешла на более удобную международную классификацию, в которой в качестве критерия выступает сфера проявления психических нарушений: когнитивная, эмоциональная или волевая. В соответствии с ней в современной клинической психологии выделяют три вида расстройств личности:

- с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности) — эксцентричные;
- с преобладанием эмоциональных нарушений (диссоциальные/антисоциальные, эмоционально неустойчивые — импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности) — демонстративные;
- с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности) — тревожно-астенические.

Кроме указанных расстройств возможны так называемые смешанные («амальгамные») расстройства.

5.2. Внутренняя картина болезни

В отечественной медицине более пристальное внимание переживаниям и реакциям больного стало уделяться начиная с 50-х годов XX века. В 1944 г. вышла монография известного отечественного клинициста Р. А. Лурия «Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания», положившая начало всестороннему рассмотрению субъективного отражения болезни в психике человека. Внутренней картиной болезни (ВКБ) Лурия называл комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни.

В настоящее время под ВКБ понимается объективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь.

Психологом В. В. Николаевой дана систематика уровней отражения болезни в психике заболевшего человека:

- чувственный уровень, или уровень ощущений;
- эмоциональный, или аффективный, уровень, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- интеллектуальный, или когнитивный, уровень, включающий представления, знания о своем заболевании, размышления о его причинах и возможных последствиях, т. е. концепцию болезни, создаваемую больным;
- мотивационный, или поведенческий, уровень, включающий отношение больного к своему заболеванию, изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, а также действия, направленные на возвращение здоровья.

Для правильной оценки ВКБ и оказания квалифицированной помощи больному необходимо знать основные факторы, определяющие ВКБ. Эти факторы могут быть разделены на следующие группы:

1) преморбидные биологические и личностные факторы;
2) характер заболевания и его возможные последствия;
3) социальное положение больного и влияние окружения;
4) медицинские факторы (условия диагностики и лечения).

В. Д. Менделевич (1999) выделяет следующие параметры, на основании которых личностью оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1. Вероятность летального исхода.
2. Вероятность инвалидизации и хронизации.
3. Болевая характеристика болезни.
4. Необходимость радикального или паллиативного лечения.
5. Влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения.
6. Социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме.
7. Влияние болезни на семейные отношения и сексуальную сферу.
8. Влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Типы психологического реагирования на тяжелое соматическое заболевание

Типология реагирования на заболевание А. Е. Личко и Н. Я. Иванова («Медико-психологическое обследование соматических больных») включает в себя 13 типов психологического реагирования на заболевание, выделенных на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношения к данному заболеванию в референтной (значимой) для больного группе.

В первом блоке находятся те типы отношения к болезни, при которых не происходит существенного нарушения адаптации:

- Гармоничный: для этого типа реагирования характерна трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе происходит сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.
- Эргопатический: характерен «уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях больные стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться исследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.
- Анозогнозический: характерно активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, отрицание очевидного в проявлении болезни, приписывание их последствий случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения, желание обойтись своими средствами.

Во второй блок входят типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации:

- Тревожный: для этого типа реагирования свойственны непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагополучного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения

специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому больные предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность (вследствие этой тревоги).

- Ипохондрический: характерно сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе — преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.
- Неврастенический: характерно поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.
- Меланхолический: характерна удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
- Эйфорический: характерно необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
- Апатический: характерно полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
- Обессивно-фобический: характерна тревожная мнительность, прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.
- Сенситивный: характерна чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести

на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательность отношения с их стороны в связи с этим.

- Эгоцентрический: характерен «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся на себя. В других, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.
- Паранойяльный: характерна уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения и побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.
- Дисфорический: характерно тоскливо-озлобленное настроение.

Взаимодействие с некоторыми из таких пациентов может приносить врачу выраженный психологический дискомфорт. Но знание психологических оснований этого типа поведения пациента поможет врачу лучше понимать его потребности, ожидания, страхи и эмоциональные реакции, оптимально организовывать процесс взаимодействия с ним, использовать определенные инструменты влияния. Важно понимать, что даже демонстрируя полное безразличие к исходу лечения, пациент больше всего хочет услышать слова надежды и нуждается в укреплении его веры в лучшее. Пациенты, непрерывно тревожащиеся о своем состоянии, нуждаются в спокойном, оптимистичном и внимательном разговоре с врачом, а пациенты, демонстрирующие реакции агрессии к окружающим и врачу, — авторитетной уверенной позиции врача, которая поможет справиться со скрываемым в душе сильнейшим страхом за свою жизнь.

Таким образом, понимание типа реагирования больного на заболевание поможет сделать союз врача и пациента более эффективным, способствующим психологическому благополучию обоих участников лечебного процесса.

ГЛАВА 6.
БОЛЕЗНИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

6.1. Зависимое поведение у человека

Почти любое человеческое увлечение (играми, работой, художественным, научным или техническим творчеством, путешествиями, спортом, противоположным полом, дегустацией пищи или напитков, программированием, коллекционированием, заботой о собственном здоровье и т. д. и т. п.) в своих крайних формах, достигая накала страсти, может приводить к саморазрушающему поведению и угрожать здоровью.

Зависимое поведение — это поведение риска, т. е. такое поведение, которое ведет или таит в себе значительную опасность привести к разрушению личности, психическим и соматическим болезням, смерти. В специальной литературе синонимом зависимого поведения является аддиктивное поведение; в переводе с английского оно означает пагубную привычку (от лат *addictus* — тот, кто приговорен к рабству за долги), то есть человек, который находится в глубокой рабской зависимости от некоей непреодолимой власти. Практически всегда та или иная зависимость возникает в ходе определенной активности. Проявляется она наиболее явно также в поведении, характерном для одного из видов зависимости.

Аддиктивное (зависимое) поведение — это одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций.

К основным видам зависимости относятся: химическая зависимость (алкоголизм, наркотизм, токсикомания, лекарственная зависимость, никотинизм), акцентуированная активность (игромания, Интернет-зависимость, трудоголизм, сексомания, телемания, постоянный просмотр телепрограмм), привычка к посещению магазинов и приобретению товаров длительного пользования, беспрестанные разговоры по телефону, увлеченное коллекционирование, исключительная забота

о собственном здоровье (следование диетам, изнурение себя физическими упражнениями, избыточная вера в целителей и т. п.), ургентная аддикция (привычка к постоянной нехватке времени) и культовая зависимость. Однако полный перечень зависимостей вряд ли может быть составлен: появляются новые виды зависимости, есть мало распространенные виды зависимости

В последнее время все более отчетливо проявляется тенденция к расширительному пониманию аддикций: наряду с традиционными (так называемыми химическими) все чаще упоминаются поведенческие зависимости.

Элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путем изменения своего психического состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности.

Зависимому поведению свойственны следующие признаки:

- синдром измененной восприимчивости организма к действию данного раздражителя (защитные реакции, устойчивость к нему, форма потребления);
- синдром психической зависимости (навязчивое влечение, психический комфорт в период потребления, будь то наркотик, алкоголь или игровой аппарат);
- синдром физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

Последний из приведенных признаков более выражен у людей, страдающих зависимостью от каких-либо химических веществ, но в меньшей степени он также может иметь место и у нехимических зависимостей. В любом случае эти три синдрома отличают страдающего болезнью зависимости человека от здорового.

Необходимость физического компонента зависимости в последнее время все упорнее отрицается. Такое отрицание подкрепляется сравнением процессов протекания поведенческих зависимостей с клинической картиной, характерной для традиционных форм зависимости, а также установлением критериев для диагностики поведенческих зависимостей. Так, М. Гриффитс предлагает операциональные критерии, в сумме определяющие зависимость:

- приоритетность (salience) — излюбленная деятельность приобрела первостепенное значение и преобладает в мыслях, чувствах и поступках (поведении);

- изменение настроения (mood modification) — относится к субъективному опыту человека и сопутствует состоянию поглощенности деятельностью (примерами могут служить состояние эмоционального подъема либо, наоборот, приобретения спокойствия при переходе к любимому занятию);
- толерантность (tolerance) — для достижения привычного эффекта требуется количественное увеличение параметров деятельности;
- симптомы разрыва (withdrawal symptoms) — возникновение неприятных ощущений или физиологических реакций при потере или внезапном сокращении возможностей заниматься любимой деятельностью;
- конфликт (conflict) — относится ко всем разновидностям конфликтов: интрапсихическим; межличностным (с окружающими людьми); с другими видами деятельности (работа, социальная жизнь, хобби и интересы);
- рецидив (relapse) — возврат к излюбленной ранее деятельности, иногда после многолетнего абстинентного периода.

Этапы развития зависимого поведения:

1. Появляется «точка кристаллизации» в связи с переживанием интенсивной положительной эмоции (или устранением отрицательной) при определенном действии. Возникает понимание, что существует вещество или способ, вид активности, с помощью которых можно сравнительно легко изменить свое психическое состояние.

2. Устанавливается зависимый ритм, который выражается в определенной последовательности обращения к средствам зависимости.

3. Формируется зависимость как составляющая часть личности. В этот период к предмету зависимости прибегают лишь в связи с жизненными затруднениями. Существует внутренняя борьба между естественным и зависимым стилями жизни. Постепенно зависимый стиль вытесняет естественный и становится частью личности, методом выбора при встрече с реальными требованиями жизни; в этом периоде в ситуациях повышенного контроля особой ответственности возможен контроль над своим пристрастием.

4. Период полного доминирования зависимого поведения, которое полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими; человек погружается в зависимость, отчуждается от общества.

Зависимое поведение признается многофакторным явлением. Современное состояние науки позволяет говорить о следующих условиях и причинах (факторах) аддиктивного поведения.

К внешне социальным факторам, способствующим формированию зависимого поведения, можно отнести технический прогресс в области пищевой промышленности или фармацевтической индустрии,

выбрасывающих на рынок все новые и новые товары — потенциальные объекты зависимости. Кроме того, по мере урбанизации мы наблюдаем, как ослабевают межличностные связи между людьми.

Для некоторых социальных групп зависимое поведение является проявлением групповой динамики. В данном случае наркотики (в широком смысле) выполняют следующие жизненно важные для подростка функции: поддерживают ощущение взрослости и освобождения от родителей; формируют чувство принадлежности к группе, а также среду неформального общения; дают возможность отыгрывать сексуальные и агрессивные побуждения, не направляя их на людей; помогают регулировать эмоциональное состояние; реализуют креативный потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами.

Субкультура может выступать в самых разнообразных формах: подростковая группа, неформальное объединение, сексуальное меньшинство или просто мужская компания. В любом случае ее влияние на личность, идентифицирующую себя «со своими», чрезвычайно велико.

Как правило, ведущая роль в происхождении аддиктивного поведения приписывается семье. В ходе многочисленных исследований была выявлена связь между поведением родителей и последующим зависимым поведением детей. Работы А. Фрейд, Д. Винникота, М. Балинта, М. Кляйн, Б. Спока, М. Маллер, Р. Спиц убедительно свидетельствуют о том, что развитию ребенка вредит неспособность матери понимать и удовлетворять его базовые потребности.

Ведущая роль в формировании зависимости, по мнению ряда авторов, принадлежит младенческой травме (в форме мучительных переживаний в первые два года жизни). Травма может быть связана с физической болезнью, с утратой матери или ее неспособностью удовлетворять потребности ребенка, с несовместимостью темпераментов матери и ребенка, чрезмерной врожденной возбудимостью малыша, наконец, с какими-то действиями родителей. Родители, как правило, не знают о своем психотравмирующем воздействии на младенца, когда, например, из лучших побуждений или по рекомендациям докторов стараются приучить его к жесткому режиму питания и т. д. Переживая дистресс, в котором малыш не в состоянии помочь себе, он попросту засыпает. Однако, как отмечает Кристалл, повторение тяжелой травмирующей ситуации приводит к нарушению развития и переходу в состояние апатии и отстраненности. Позднее травму можно обнаружить по страху перед любыми аффектами, неспособности их переносить, ощущению «небезопасности» и ожиданию неприятностей. Эта особенность зависимых людей обозначается как низкая аффективная толерантность.

Такие люди не умеют заботиться о себе и нуждаются в ком-то (чем-то), кто помог бы им справиться со своими переживаниями. Вместе с тем они испытывают глубокое недоверие к людям. В этом случае неживой объект вполне может заменить человеческие отношения. Таким образом, люди, пережившие психические травмы в раннем детстве, имеют существенно больший риск стать зависимыми.

В целом семья может не дать ребенку необходимой любви и не научить его любить себя, что в свою очередь приведет к ощущению плохости, никчемности, бесполезности, отсутствию веры в себя. В соответствии с современными представлениями, люди с зависимым поведением испытывают серьезные трудности в поддержании самоуважения. Хорошо известно, например, что в состоянии опьянения человек чувствует себя гораздо раскованнее и увереннее, чем обычно. С другой стороны, для компаний алкоголиков весьма характерны беседы на актуальную тему: «Ты меня уважаешь?» Зависимость, таким образом, выступает своеобразным средством регуляции самооценки личности.

Серьезной проблемой семей зависимых личностей могут быть эмоциональные расстройства у самих родителей, которые, как правило, сопровождаются алекситимией — неспособностью родителей выражать в словах свои чувства (понимать их, обозначать и проговаривать). Ребенок не только «заражается» в семье негативными чувствами, он обучается у родителей замалчивать свои переживания, подавлять их и даже отрицать само их существование. Отсутствие границ между поколениями, чрезвычайная психологическая зависимость членов семьи друг от друга, гиперстимуляция — еще один негативный фактор. Для нормального развития ребенка важен процесс сепарации, а также процесс индивидуализации ребенка. В семьях с нарушенными границами аддиктивное поведение может выступать одним из способов влияния на поведение других членов, при этом сама зависимость может давать ощущение независимости от семьи. Одним из доказательств этому является усиление зависимого поведения при усилении семейных проблем.

Семья играет существенную роль не только в происхождении, но и в поддержании зависимого поведения (проблема созависимости). Родственники сами могут иметь различные психологические проблемы, в силу чего они нередко провоцируют «срыв» аддикта, хотя и реально страдают от него. В случае же длительного сохранения аддиктивного поведения у кого-либо из членов семьи у родственников аддикта, в свою очередь, могут появляться серьезные проблемы и развиваться состояние со-зависимости. Имеются в виду негативные изменения

в личности и поведении родственников вследствие зависимого поведения кого-либо из членов семьи.

В рамках индивидуальных различий прежде всего следует отметить половую избирательность зависимого поведения. Например, пищевая аддикция более характерна для женщин, в то время как гэмблинг чаще встречается у представителей мужского пола. В ряде случаев можно говорить также о действии возрастного фактора. Так, если наркоманией страдают преимущественно лица от 14 до 25 лет, то алкоголизм в целом характерен для более старшего возраста.

Психофизиологические особенности человека определяют индивидуальное своеобразие аддиктивного поведения. Они могут существенно влиять на выбор объекта зависимости, на темпы ее формирования, степени выраженности и возможность преодоления.

Предметом многочисленных дискуссий является вопрос о существовании наследственной предрасположенности к некоторым формам зависимости. Наиболее распространена точка зрения, что дети алкоголиков с большой вероятностью наследуют эту проблему. Однако гипотеза наследственной предрасположенности к зависимому поведению не объясняет ряд фактов. Например, современные подростки употребляют наркотики независимо от склонности их родителей употреблять алкоголь. Зависимое поведение может формироваться в любой семье. На его формирование влияет множество семейных факторов. В связи с этим целесообразно говорить не о наследственной, а о семейной предрасположенности к зависимому поведению. Поэтому наиболее важным фактором риска являются асоциальные семьи с пьянством, деликвентным поведением и жестоким обращением.

Косвенно склонность к зависимому поведению может определяться типологическими особенностями нервной системы, такими, как низкая приспособляемость к новым ситуациям, пониженный фон настроения, повышенная чувствительность и контактность; при прочих неблагоприятных условиях они влияют на формирование аддиктивного поведения.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения:

1. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций.

2. Скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством.

3. Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами.

4. Стремление говорить неправду.

5. Стремление обвинять других, зная, что они невиновны.
6. Стремление уходить от ответственности в принятии решений.
7. Стереотипность, повторяемость поведения.
8. Зависимость.
9. Тревожность.

Петровский также добавляет, что аддиктивной личности свойственен феномен «жажды острых ощущений», характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодолевания опасности. А.Е. Личко подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют особые типы акцентуаций характера (неустойчивый, конформный, эпилептоидный, гипертимный).

Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности, может выступать низкая стрессоустойчивость. Предполагается, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции — механизмов совладания со стрессом. Исследования свидетельствуют о различиях в копинг-поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание, изоляция.

Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя — эти и другие сущностные характеристики человека, вернее, их деформации, несомненно, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению.

Говоря о факторах зависимого поведения, следует еще раз подчеркнуть, что в его основе лежат естественные потребности человека. Склонность к зависимости в целом является универсальной особенностью человека. При определенных условиях, однако, некоторые нейтральные объекты превращаются в жизненно важные для личности, а потребность в них усиливается до неконтролируемой.

Особую проблему вызывает зависимости, связанные с употреблением наркотиков. В России за год гибнет от передозировки более 100 000 наркоманов, причем все они находятся в возрасте 15–35 лет.

Вспышки героинизма в начале XX века в США, кодеинизма в 30-х годах в Канаде, амфетаминизма в Японии и барбитуратизма в Скандинавии после Второй мировой войны заставили определить наркомании как класс заболеваний. Первые определения этих заболеваний касались развернутых стадий алкоголизма и морфинизма. Ранние признаки болезни, ее начальные стадии не учитывались. Многообразие форм болезни в первых определениях ВОЗ ограничивалось двумя: привыканием (habitation) и пристрастием (addiction).

Первая сближалась с привычкой и рассматривалась как дурной навык, вторая — как собственно наркомания. При этом взаимосвязь этих двух состояний не только не предусматривалась, но и отрицалась. Принцип динамической оценки наркоманий отсутствовал вплоть до 50-х годов XX столетия.

Основные понятия наркологии

Наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, оказывающие оцепеняющее воздействие на психику и вызывающие чувство эйфории, включенные в Перечень наркотических средств, подлежащих контролю в Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Для определения вещества как наркотического средства используется три критерия:

- медицинский — он определяет специфическое воздействие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное), ведущее к их повторному немедицинскому применению;
- социальный — определяет потребление вещества в размерах, принимающих социально-значимый масштаб, вовлечение больших масс населения, криминогенное;
- юридический — заключается во включении в Список наркотических веществ соответствующими нормативными актами уполномоченных учреждений. В нашей стране таким учреждением является постоянный комитет по контролю наркотиков. Признание вещества как наркотического средства утверждается Правительством Российской Федерации.

Вещества, признанные наркотическими, подлежат экспорту и импорту только в рамках Единой Конвенции 1961 года по системе единой информации сторон и единого контролирующего органа Организации Объединенных Наций (ООН).

Термином «токсикоманические» обозначаются вещества и средства, не отнесенные к наркотическим или психотропным в соответствии с Конвенциями 1961 и 1971 гг., но являющиеся предметом злоупотребления, вызывающие болезненные состояния и изменяющие психику и поведение.

Для удобства изложения материала мы воспользовались термином «психоактивные вещества» (ПАВ), который представляет собой собирательное название, включающее большую группу веществ, специфически действующих на центральную нервную систему. При однократном приеме психоактивные вещества способны вызывать

эйфорию или другие изменения психических функций, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость.

Наркомания — заболевание, вызванное приемом с немедицинскими целями веществ, отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам, и проявляющееся определенной клиническом картиной.

Токсикомания — заболевание, вызванное приемом с немедицинской целью веществ, не отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам.

ВОЗ определяет наркомании и токсикомании как «состояния хронической прогрессирующей интоксикации натуральными или синтетическими веществами, характеризующиеся повышением толерантности, развитием психической, иногда физической зависимости, компульсивным влечением и нарушением психической, неврологической и соматической сферы, социальной декомпенсацией».

Ряд веществ, используемых с целью искусственно вызывать повышение работоспособности, снятие чувства усталости и создание благоприятного для выполнения какой-либо задачи психофизического состояния, определяются уполномоченными на то органами в установленном порядке как допинг. К допингам могут быть отнесены как наркотические и психотропные вещества, так и психоактивные, и вещества, не обладающие определенным действием на центральную нервную систему, — гормоны и др.

Наркотизм, или периодическая наркотизация, подразумевает эпизодическое или умеренное употребление наркотиков и психоактивных веществ без формирования наркомании или токсикомании.

Злоупотребление наркотическими и токсикоманическими средствами — неоднократное, эпизодическое и неумеренное потребление спиртных напитков, наркотических и токсикоманических средств с немедицинскими целями без клинических признаков заболевания, но с неблагоприятными социальными последствиями и расстройствами здоровья индивидуума. Постановка этого диагноза предполагает профилактическое наблюдение в наркологических учреждениях.

Формально, в соответствии с законом, алкоголизм следует относить к токсикоманиям, но в силу ряда обстоятельств — особая социальная значимость, более полная изученность, выработанная медико-социальная и правовая система реабилитации и др., — алкоголизм предпочтительно рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу в систематике болезней патологической зависимости.

Употребление двух и более наркотических средств одновременно или периодически с формированием зависимости определяется как полинаркомания. Полинаркомания подразумевает широкий диапазон

совмещений. О распространенности полинаркоманий можно судить по степени их бытовой известности и жаргонным обозначениям: yellow jackets (сочетание пентобарбитала натрия с алкоголем), blue angels (сочетание амитала натрия с алкоголем), red devils (сочетание секобарбитала натрия с алкоголем). В них содержится и указание на клинические проявления смешанной интоксикации: «голубые ангелы», «красные дьяволы».

Политоксикомания — токсикомания вследствие употребления одновременно или периодически двух и более психоактивных веществ, не относящихся к наркотикам.

Случаи, когда больной длительное время применял какой-то определенный наркотик и после этого по ряду причин перешел к применению другого наркотического средства, оцениваются как трансформация одного вида наркомании в другой. Этот переход наблюдается в пределах одного типа зависимости (героин, морфин, кодеин), в группах сходных типов зависимости (алкоголь и барбитураты), а также при формировании нового типа зависимости (барбитураты и амфетамины). Трансформация — мера вынужденная, связанная с тем, что ранее употребляемый наркотик стал недоступным, либо отсутствует желаемый эйфорический эффект при его введении.

Осложненная наркомания — сочетанное употребление наркотического и ненаркотического психоактивного средства, вызвавшее развитие патологической зависимости.

Симптоматическая наркомания, или токсикомания, — патологическая зависимость, развившаяся на фоне наличия какой-либо патологии центральной нервной системы (органическое поражение, процессуальное заболевание и др.).

Заболевание патологической зависимости, развившееся вследствие медицинского употребления вещества (наркотические анальгетики, снотворные препараты, транквилизаторы) называется ятрогенной наркоманией, или токсикоманией.

Как наркотические средства, так и психотропные вещества обладают неодинаковой скоростью формирования зависимости от них. Скорость развития заболевания, определяемая фармакологическими свойствами вещества, называется наркогенностью.

Больной наркоманией — лицо, которому по результатам медицинского освидетельствования, проведенного в соответствии с Федеральным Законом «О наркотических средствах и психотропных веществах» поставлен диагноз «наркомания».

Сравнительный анализ различных форм злоупотребления ПАВ показал, что при всех формах встречаются идентичные симптомы особых «взаимоотношений» ПАВ и организма и их

закономерная динамика. Это позволило выделить специфические наркоманические синдромы, которые и составляют сущность наркоманий. И. Н. Пятницкая под наркоманией подразумевает состояние, определяемое: 1) синдромом измененной реактивности к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения); 2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации). Эти три синдрома в совокупности с синдромом психосоматического снижения и с синдромом последствий хронической интоксикации составляют Большой наркоманический синдром, отличающий наркомана от здорового человека.

Модели аддиктивного поведения

К зависимостям относят злоупотребление алкоголем, пристрастие к наркотикам и игровая зависимость, интернет-зависимость, трудоголизм.

Зависимости относятся к аддиктивному поведению, которое является саморазрушающим и может привести человека к катастрофе.

Зависимости выражаются стремлением к уходу от действительности путем осознанного изменения своего психического состояния за счет приема определенных веществ или сосредоточенности на некоторых видах деятельности, что сопровождается субъективно приятными эмоциональными переживаниями.

Привязанность к веществам или соответствующей активности со временем становится настолько сильной, что начинает управлять человеком.

Вначале возникает переживание повышенного настроения, эйфории или приятного риска.

Затем к веществам или деятельности прибегают со все увеличивающейся частотой. Далее аддиктивное поведение становится жизненным стереотипом, вытесняет все виды другой деятельности и изменяет саму личность.

Патологическая страсть заменяет личность, от нее остается только одна оболочка.

Модели поведения при зависимостях от ПАВ

Успокаивающая модель. Употребление ПАВ направлено на снятие напряжения, достижение расслабления; уход от неприглядной действительности, от сложных жизненных обстоятельств.

Основным мотивом употребления наркотиков оказывается высокий уровень напряжения, преобладание пониженного настроения, раздражительность, мрачность.

Отдельные лица употребляют ПАВ для коррекции эмоционального состояния: снижения уровня тревоги, депрессии, апатии. Употребление ПАВ используется как способ самолечения на начальных этапах развития эмоциональных расстройств.

Коммуникативная модель. Зависимость возникает в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в себе. К этому средству чаще всего прибегают замкнутые, тревожно-мнительные, эмоционально-ранимые подростки.

Активирующая модель. Применение ПАВ с целью подъема жизненных сил, бодрости. Таким же образом достигается выход из состояния скуки, душевной пустоты и бездействия.

Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется для получения приятных ощущений, создания психического и физического комфорта. Стремление уйти в фантазийный, галлюцинаторный мир с целью пережить состояние эйфории может привести к формированию болезненного пристрастия.

Конформная модель. «Быть со всеми, быть как все» (характерно для подростков). Стремление подростков подражать, быть принятыми группой, самоутвердиться в группе — все это может быть причиной употребления ПАВ. В большей степени эта модель относится к высоковнушаемым, тревожно-мнительным подросткам, которые слепо подражают своим лидерам, некритически перенимают все правила поведения группы.

Манипулятивная модель. Использование психоактивных веществ для манипулирования другими, демонстрации своей исключительности. Для того чтобы привлечь внимание и завоевать авторитет, употребляются наркотики или алкоголь.

Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармоничность характера. Жизненные трудности, конфликты в школе, дома могут выступать пусковыми факторами употребления ПАВ.

6.2. Алкоголизм как клинико-психологическая проблема

Алкоголизм как социально значимую проблему мы рассмотрим отдельно в силу ее большой социальной значимости.

Специалисты по различного рода зависимостям говорят об алкоголе как о «наркотике номер один». Годовой оборот алкоголя в России

велик: на душу населения в год производят 8,5 л стопроцентного алкоголя. Его торговая сеть лучшая в мире. И у него есть великий покровитель — государство.

Производство спиртных напитков в последние десятилетия достигло астрономических цифр. По данным Ю. Л. Лисицина и Н. Я. Копыта, в последнее время в среднем на одного жителя планеты в год приходится 2,4 л спирта, 8,3 л вина и 17,6 л пива (или же около 5 л абсолютного спирта). Самое большое потребление алкоголя на душу населения — во Франции (18,6 л); в Испании — 11,6 л, Австрии — 13,2 л, Швейцарии — 11,6 л, в Германии — 11,2 л, США — 9,5 л. Сравнительно низкий уровень потребления алкоголя на душу населения отмечается в Польше (4,8 л), Финляндии (4,3 л), Норвегии (3,3 л).

Что такое алкоголь? Алкоголь, пригодный для питья, вырабатывается путем брожения или дистилляции различных элементов. Для его производства используются зерна, фрукты и сахарный тростник, причем в производимых напитках — разное содержание алкоголя.

Превращения алкоголя в организме

Алкоголь (этанол, этиловый спирт, винный спирт, медицинский спирт-ректификат) — химическая формула C_2H_5OH. Этанол бесцветен, прозрачен, летуч, обладает резким запахом и жгучим вкусом, легко воспламеняется, горит синеватым пламенем, хорошо растворим в воде, жирах, органических растворителях, относительная плотность 95 % спирта — 0,813–0,816, температура кипения — 77–78,5°C.

В организме человека при нормальных условиях в результате биохимических реакций постоянно образуется эндогенный алкоголь, незначительное количество этилового спирта выделяют бактерии, живущие в желудочно-кишечном тракте. Количество его колеблется по различным данным от 0,001 до 0,004 % в сыворотке крови, то есть до 0,69 ммоль/л. Этого достаточно, чтобы при нормальных условиях обеспечить до 10 % энергических потребностей организма. Энергетическая ценность 1 г этанола при окислении равняется 7 ккал. Эти калории — «пустые»: при их образовании не образуются «строительные» субстраты.

Эндогенный алкоголь не вызывает патологических изменений в организме.

Поступление экзогенного этанола в организм может происходить различными путями — через желудочно-кишечный тракт, per os. Более редкие пути введения — это внутривенное, подкожное, вдыхание паров алкоголя, per rectum.

При оральном потреблении алкоголя 20 % его всасывается в желудке и до 80 % в верхнем отделе тонкого кишечника. Проникая через

кишечную стенку, бóльшая часть алкоголя попадает непосредственно в кровь и через систему портальной вены в печень. Меньшая часть проникает в брюшную полость и всасывается поверхностью брюшины. Всасывание алкоголя зависит от многих причин, основные из которых: площадь контакта алкоголя со стенкой ЖКТ, состояние моторной функции и тонуса ЖКТ, температура тела, количество и состав принятой пищи. Препятствуют всасыванию алкоголя продукты, содержащие крахмал, мясо и жиры, увеличивают скорость всасывания углекислота (газированные напитки), температура пищи, прием алкоголя натощак.

Алкоголь повышает моторную функцию ЖКТ, что ускоряет его попадание в кишечник, где увеличиваются площадь контакта и скорость всасывания. Повторный прием алкоголя ускоряет всасывание. У людей, страдающих гастритом или язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, всасывание также происходит быстрее.

Максимальное содержание этанола в крови после однократного приема на «пустой желудок» наблюдается через 40–80 минут, после значительного приема пищи — через 90–180 минут. Эндогенному окислению подвергается 90–98 % поступившего алкоголя; от 2 до 10 % его выделяется в неизменном виде с выдыхаемым воздухом, с мочой, со слюной, потом, молоком, калом. 90–98 % алкоголя, поступившего в организм, метаболизируется в печени.

В незначительных количествах этанол разлагается в других органах. Окисление алкоголя происходит по двум путям: с участием фермента алкогольдегидрогеназы (АДГ) и каталазы. АДГ — это неспецифический энзим человека, он встречается и у животных, и в растениях.

Результирует любой путь окисления этанола высокотоксичное вещество — ацетальдегид. В норме концентрация ацетальдегида в 1000 раз ниже, чем эндогенного этанола, а реакции метаболизма идут в пять раз быстрее, чем метаболизм алкоголя.

Алкогольное опьянение — комплекс вегетативных, неврологических и соматических расстройств. Условно выделяют три степени алкогольного опьянения: легкая (или 1), средняя (II), тяжелая (III). Глубина алкогольного опьянения, скорость развития, характерная симптоматика зависят от множества факторов; от количества введенного в организм этанола на килограмм массы тела, его концентрации, скорости всасывания и выведения, от концентрации этанола в крови и других биологических жидкостях, от психофизического состояния, формы приема, половых и возрастных особенностей.

Алкогольное опьянение следует отличать от острого алкогольного отравления. Обычно при неосложненном алкогольном опьянении,

даже тяжелой степени, специализированная медицинская помощь не требуется.

Клинически выделяют: простое алкогольное опьянение, измененное алкогольное опьянение, патологическое алкогольное опьянение. Выделение этих форм необходимо для проведения адекватной терапии и вынесения экспертной оценки в правовых вопросах. По УК РФ (ст. 21 ч. 1. и ст. 23 ч. 2.) лица, находящиеся в состоянии патологического опьянения, признаются невменяемыми при совершении общественно опасных действий или бездействии. Алкогольное опьянение, не являющееся патологическим, является отягощающим вину обстоятельством.

Опьянение (острая алкогольная интоксикация) легкой степени характеризуется изменениями психической деятельности: неустойчивостью внимания, переживанием состояния психического комфорта, легкой эйфорией, улучшением настроения, появлением чувства бодрости и довольства, ускорением моторных и идеаторных процессов. Это отрицательно сказывается на их качественной характеристике — ассоциации становятся поверхностными, суждения — мало обоснованными, мышление теряет стройную последовательность, возрастает количество ошибок. Возможно легкое нарушение точных движений и походки, снижаются критические способности, возможны неглубокие колебания настроения. Вегетативная симптоматика представлена учащением пульса, гиперемией, значительно реже — бледностью лица; усилением аппетита и полового влечения, легким расширением зрачков. Неврологически определяется повышение мышечного тонуса, усиление болевой чувствительности, легкое пошатывание в координаторных пробах (поза Ромберга и приседание с закрытыми глазами), нистагм до 13 секунд в пробе Ташена. Соматические проявления нестабильны и функциональны. Обычно легкое опьянение наблюдается при концентрации алкоголя в крови до 1,5 г/л.

Опьянение (острая алкогольная интоксикация) средней степени характеризуется снижением способности контроля за ситуацией, что приводит к неадекватной ориентировке. Но при значимой для больного ситуации он способен достаточно правильно справляться с ней. Внимание становится трудноуправляемым — оно неустойчиво и легко скользит с одного на другое, для его переключения требуются сильные, эмоционально значимые стимулы. Характерна аффективная неустойчивость, эйфория быстро сменяется апатией, депрессивностью или дисфорией. Эмоции меняются под действием окружающей ситуации и определяют поведение. Все психические функции замедляются, что приводит к затруднению ассоциативных процессов, появлению персевераций. Грубо нарушается почерк, точные движения, появляются дизартрия, атаксия.

Снижение критики проявляется в завышенной самооценке и неадекватной оценке окружающего, что при усиливающейся двигательной расторможенности ведет к быстрой реализации желаний, мотивов, волевых импульсов. Сознание или ясное, или возможны начальные признаки оглушенности (обнубиляция). Может присоединяться амнезия некоторых моментов опьянения. Границы моральных норм размываются, легко совершаются противоправные действия. При углублении опьянения реакции на окружающее все больше определяются отдельными случайными представлениями, возможно появление иллюзорных обманов восприятия. Вегетативные и неврологические расстройства представлены угнетением сухожильных рефлексов. Чаще всего исчезают ахилловы и брюшные рефлексы. Наблюдаются расширение зрачков, слабость конвергенции и реакции зрачков на свет, недоведение глазных яблок кнаружи, возможно появление горизонтального и вертикального нистагма (в пробе Ташена нистагм продолжается 13–17 секунд). В позе Ромберга и при приседании с закрытыми глазами — резкое пошатывание с тенденцией к падению, координационные пробы выполняются неуверенно. Болевая чувствительность снижается, мышечный тонус повышен или снижен. Концентрация алкоголя в крови — 1,5–2,5 г/л.

Опьянение (острая алкогольная интоксикация) тяжелой степени проявляется в психической сфере различной глубины наркотическим оглушением вплоть до комы. Могут наблюдаться как резкая заторможенность, так и возбуждение. Внимание больного практически невозможно привлечь. Идеаторные процессы крайне замедлены. Аффективное угнетение. Речь представлена невнятным бормотанием, повторением отдельных слов, коротких фраз, крайне дизартрична. Обычно состояние тяжелого опьянения амнезируется. Неврологическая симптоматика представлена мозжечковой атаксией, мышечной атонией, амимией, адинамией. Отмечаются вестибулярные расстройства: тошнота, рвота, головокружение. Болевая чувствительность резко снижена (можно привести пример с ожогами в больнице Джанелидзе). Больной самостоятельно не держится на ногах, что не дает возможности провести многие пробы. Определяется легкий и средний нистагм, сухожильные рефлексы угнетены. Возможно развитие эпилептиформных припадков. Вегетативные расстройства усиливаются. Отмечается урежение дыхания, возможно появление патологического; снижается тонус сердечно-сосудистой системы, появляются цианоз конечностей, гипотермия, зрачки значительно расширены или узкие, слабо реагируют на свет. Концентрация алкоголя в крови — 2,5–3,0 г/л.

Алкогольное опьянение — это единый процесс с переходом от легкой степени к более тяжелой. Но при прекращении потребления

алкоголя возможно обратное развитие или вытрезвление через состояние сна. Тяжелое опьянение может перейти в острое алкогольное отравление; обычно отравление развивается при концентрации алкоголя в крови более 3,0 г/л.

Выделяют несколько форм *простого алкогольного опьянения.* Вялоапатическое проявляется вялостью, апатией, сонливостью, равнодушием, безразличием к окружающему. Эйфорическое — подъем настроения, беспечность, благодушие, повышенная общительность, оживление, болтливость, суетливость, дурашливость, смех. Депрессивное — подавленность, плаксивость, тоска, двигательная заторможенность, идеи самоуничижения. Депрессивная форма опьянения встречается чаще при эпизодическом и привычном пьянстве. Дисфорическое — раздражительность, обидчивость, злобность, повышенная конфликтность. Агрессивная форма — психомоторное возбуждение со злобностью, вербальной агрессией и агрессией действием.

Измененные формы простого алкогольного опьянения характеризуют состояние острой интоксикации алкоголем, при котором развиваются симптомы, ранее несвойственные простому алкогольному опьянению у данного индивида. При хроническом алкоголизме измененные формы опьянения появляются на второй стадии. При отсутствии алкоголизма они могут возникать при однократном или эпизодическом употреблении этанола: при алкоголизации на фоне психической патологии; при сочетанном употреблении алкоголя с психотропными препаратами; при употреблении разных видов алкогольных напитков; при раннем начале алкоголизации; в случаях, когда алкоголизации предшествует какое-либо соматическое заболевание, или опьянение протекает на его фоне; при недосыпании, недоедании, переутомлении; на фоне резидуального органического поражения центральной нервной системы.

Выделяют следующие *варианты измененных форм* простого алкогольного опьянения:

Опьянение с эксплозивностью. Состояние эйфории выражено слабо и легко изменяется на состояние недовольства, раздражительности, злобы. Вслед за изменением настроения меняется и содержание высказываний в отношении окружающих. Проявляются грубость, неуважение, нетерпение, изменяется поведение. Эксплозивные вспышки непродолжительны, чередуются с относительным успокоением и даже благодушием, но в течение опьянения могут повторяться неоднократно.

Опьянение с истерическими чертами проявляется наличием наигранного аффекта со склонностью к театральности, поведение всегда рассчитано на зрителя. Речь эмоционально окрашена, приобретает вид декламаций, содержание которых может сводиться к несправедливо

полученным обидам, с резкими переходами от одной крайности к другой (от самовосхваления до самообвинения). Преобладают примитивные моторные реакции (метание, заламывание рук, астазия — абазия, двигательная буря, истерический припадок). Иногда появляется дурашливость с элементами пуэрилизма, псевдодеменции. Критика к своим действиям снижена. Возможны попытки демонстративных суицидов. Попытка суицида, как правило, не доводится до конца. Данный вариант проявляется в большей мере моторными расстройствами, носит выраженную демонстративную окраску, зависит от окружающей обстановки (наличия «зрителей») и может длиться большую часть опьянения.

Дисфорическое опьянение характеризуется пониженно-тоскливым аффектом, сопровождающимся недовольством, угрюмостью, озлобленностью, напряжением. Неприязнь и злоба распространяются на все окружающее. Соответственно эмоциональному состоянию меняется поведение опьяневшего, появляются язвительность, задиристость, неприемлемость чужого мнения, критики в свой адрес, во всем усматривается причина для ссоры. Данный вид опьянения — достаточно стойкое состояние. Симптомы могут сохраняться на протяжении нескольких дней после алкогольного эксцесса.

Опьянение с преобладанием депрессивного аффекта. Эйфория начального периода опьянения непродолжительна или отсутствует. Преобладает депрессивный аффект различной степени выраженности. Замедление мышления и двигательной активности слабо выражено и быстро исчезает, что способствует попыткам совершения суицида. Попытка суицида происходит в условиях, не позволяющих кому-либо прервать ее. В отличие от суицидов при истерическом типе демонстративность полностью отсутствует.

Опьянение с импульсивными действиями. На первое место выходят действия сексуальной направленности, возможны перверсии, особенно у больных с психическими заболеваниями. Гораздо реже встречаются другие импульсивные действия (пиромания, клептомания и т. д.).

Опьянение с преобладанием сомнолентности. При этой форме после непродолжительного и обычно слабо выраженного периода эйфории наступает сонливость, переходящая в сон.

Опьянение с чертами дурашливости. Возникает на фоне повышенного настроения с чертами беспечности или благодушия. Проявляется кривлянием, паясничанием, детскостью поведения и высказываний со склонностью к неуместным шуткам,, остротам, немотивированному смеху; нередко сочетается с расторможенностью влечений, в первую очередь сексуальных.

Маниакальноподобный вариант. Наблюдаются состояния повышенного настроения с беспечностью и благодушием, легким двигательным возбуждением, неуместными шутками и плоскими розыгрышами, назойливостью и повышенной отвлекаемостью, неустойчивостью внимания, некоторым идеаторным возбуждением. Возможно выраженное идеомоторное возбуждение с дурашливостью, двигательными и речевыми стереотипиями, отдельными импульсивными действиями, расторможенностью влечений, чаще сексуальных.

Эпилептоидное опьянение проявляется нарастающим аффектом раздражения и злобы с двигательным возбуждением. В легких случаях деятельность пьяного ограничивается однообразным, неприятным для окружающих разговором, вербальной агрессией. Внимание больного от данной темы крайне трудно отвлечь. Состояние углубляется под влиянием противодействия, принятия новых доз алкоголя или спонтанно. Аффект нарастает, и к вербальной агрессии присоединяются агрессивные действия. В начальном периоде агрессия направлена, как правило, на близких, затем в конфликт включаются люди, имеющие непосредственное отношение к поведению опьяневшего. Далее агрессия распространяется на все окружение больного: случайных прохожих, предметы обстановки и т. д. На протяжении всего периода опьянения колебание аффекта практически не происходит, больные долго не могут заснуть, сон чаще всего наблюдается после дополнительных «возлияний». В отличие от патологического алкогольного опьянения на протяжении всего периода измененного варианта простого алкогольного опьянения частично сохраняется критика, действия пьяного соразмерны и зависят от реальной обстановки, получаемого от окружающих ответа. Период выраженного возбуждения часто амнезируется.

Опьянение с преобладанием параноидной настроенности. В клинической картине — речедвигательное возбуждение, бредоподобные расстройства, отражающие происходящие с опьяневшим события, соответствующий переживанию аффект (напряжение, тревога, страх). Высказывания, связанные с переживаниями, обычно кратки, не раскрывают их полную картину, описывают значимые для человека проблемы. Агрессивные действия зависят от окружающей обстановки, реакции людей или бывают немотивированными. Часто наблюдаются идеи преследования, осуждения, ревности, реже — несистематизированные идеи отношения. Симптоматика исчезает литически, часто наблюдается амнезия периода опьянения.

Патологическое алкогольное опьянение — протекает в форме сумеречного помрачения сознания и заканчивается сном или резким

психическим и физическим истощением. Всегда наблюдается полная или частичная амнезия эпизода опьянения.

Патологическое опьянение может развиться у здорового человека, но чаще возникает на фоне остаточных явлений перенесенных органических заболеваний мозга, при переутомлении, недосыпании, астенизации после перенесенной болезни, при наличии предшествующих психогений. Патологическое опьянение возникает от небольших доз спиртного, развивается спустя несколько минут — один час после приема алкоголя. Достаточно редко патологическому опьянению предшествуют или сменяют его симптомы простого опьянения.

Основным симптомом патологического опьянения является сумеречное помрачение сознания с потерей ориентировки при сохранении автоматизированных действий.

В его структуру входит продуктивная психотическая симптоматика: образный бред, галлюцинаторные расстройства, чаще устрашающего содержания, аффект страха, ярости, двигательное возбуждение, в основном носящее характер импульсивных действий и отвечающее аффективным и бредово-галлюцинаторным переживаниям. Патологическое опьянение без продуктивной психотической симптоматики обращает на себя внимание только при совершении противоправных действий.

В структуре патологического опьянения с продуктивной психотической симптоматикой принято выделять *эпилептоидное и параноидное* опьянение.

Эпилептоидное патологическое опьянение. На фоне сумеречного помрачения сознания выявляется аффект исступленной злобы и ярости с выраженным двигательным возбуждением в форме агрессивных хаотичных бессмысленных действий. Больной агрессивно нападает на мнимых врагов, обычно без речевой продукции или с бормотанием, реже криком. Особенностью двигательного возбуждения и агрессии в этом состоянии является отсутствие каких-либо мотивов, связи с реальной обстановкой. Связь с окружающим теряется настолько, что невозможно привлечь внимание больного. Галлюцинаторно-бредовые расстройства обычно рудиментарны. Акт агрессии заканчивается состоянием физической расслабленности, малоподвижности, развитием сна и амнезии.

Параноидное (галлюцинаторно-бредовое) патологическое опьянение представляет иное сумеречное расстройство сознания, проявляющееся внезапными бредовыми переживаниями, утратой контакта с реальной действительностью, психомоторным возбуждением, наличием страха, гнева, совершением бессмысленных стереотипных и импульсивных двигательных разрядов. Больные могут совершать сложные

действия, хотя их поведение отражает искаженно воспринимаемую ими окружающую обстановку. Речь таких больных отрывочна, в виде отдельных слов, фраз, всегда четких, лаконичных, носящих характер приказания или угроз. Особенностью является острое внезапное развитие и окончание аффекта, психомоторного возбуждения, автоматизмов. При выходе из состояния патологического опьянения в большинстве случаев наблюдается полная или частичная амнезия данного периода, в ряде случаев — ретардированная амнезия. При сообщении лицам, перенесшим патологическое опьянение, информации об их действиях развиваются аффект недоумения, невозможность в полной мере осмыслить и объяснить свое поведение, ощущение непричастности к случившемуся, которое сохраняется достаточно долго.

Острое отравление алкоголем и его экспертиза

По данным Е. А. Лужникова и Л. Г. Костомарова (1989), острое отравление алкоголем является причиной более 60 % летальных исходов в структуре смертей от всех отравлений. Около 98 % смертей наступает на догоспитальном этапе, 4/5 госпитализированных — больные с алкогольной зависимостью. Смертельная разовая доза этанола составляет 4–12 г/кг массы тела. Алкогольная кома развивается при концентрации этанола в крови около трех промилле (г/л, мг%), смертельная концентрация — от пяти до восьми промилле. Отравление алкоголем обычно связано с приемом спиртных напитков, содержащих более 12,0 % этилового спирта.

Клиника ОАО определяется следующими симптомами: сильное покраснение лица (иногда бледность); гиперемия конъюнктив; сужение зрачков (при асфиксии — расширение); запах алкоголя; пена изо рта; потеря сознания; снижение и утрата тактильной чувствительности; неподвижность.

Тяжесть поражения определяется глубиной комы и сопутствующими осложнениями. Выделяют две стадии комы — поверхностную и глубокую, в каждой стадии рассматривается неосложненный и осложненный варианты.

Поверхностная кома проявляется потерей сознания, отсутствием речевого контакта, снижением корнеальных и зрачковых рефлексов, угнетением болевой чувствительности, снижением или повышением сухожильных рефлексов и мышечного тонуса. При повышении мышечного тонуса отмечаются тризм жевательной мускулатуры, миофибрилляция, появление менингеальных симптомов; величина зрачка может быть различной, но чаще наблюдается миоз, патологические глазные симптомы непостоянны (плавающие глазные яблоки, анизокория, «игра зрачков»), патологические рефлексы чаще отсутствуют.

В клиническом течении поверхностной комы выделяют два периода. В первом периоде больной активно реагирует на болевые раздражители (надавливание на точки тройничного нерва, укол, промывание желудка) расширением зрачка, мимической реакцией, защитными движениями рук. Во втором периоде сохраняется лишь слабый гипертонус рук и ног, зрачковая реакция непостоянна.

Глубокая кома характеризуется полной утратой болевой чувствительности, отсутствием или резким снижением сухожильных, корнеальных и зрачковых рефлексов, появлением патологических рефлексов, мышечной атонией, снижением температуры тела. Нарушение дыхания развивается в результате обтурационно-аспирационных осложнений или по центральному типу. Нарушения сердечно-сосудистой системы неспецифичны, наиболее постоянными являются тахикардия и снижение артериального давления вплоть до коллапса в глубокой коме, обусловленное угнетением стволовых центров сосудистой системы. Изменения на электрокардиограмме (снижение сегмента S-T, отрицательный зубец T, нарушение ритма) непостоянны и обратимы. При заболеваниях сердца возможно развитие стойких нарушений ритма и проводимости.

Выход из алкогольной комы может сопровождаться психомоторным возбуждением; возможно развитие судорожного синдрома.

В первые часы выхода из коматозного состояния могут наблюдаться кратковременные эпизоды слуховых и зрительных галлюцинаций, сопровождающихся чувством тревоги и страха. Критика к таким расстройствам сохраняется — «словно спишь наяву». Двигательная активность сменяется заторможенностью и сном. У лиц без длительного алкогольного анамнеза возможно развитие астенизации, адинамии и сонливости без предшествующего возбуждения.

У больных с зависимостью от алкоголя выход из комы сопровождается абстинентным синдромом, который с большой вероятностью может переходить в алкогольный делирий.

По выходе из комы возможны следующие осложнения: *воспалительные поражения органов дыхания, токсическая нефропатия и острая почечная недостаточность.*

Диагностика алкогольной комы основывается на клинических симптомах, лабораторных данных (наличие соответствующей концентрации алкоголя в биологических жидкостях) и данных эхоэнцефалографии.

Экспертиза опьянения

В российском законодательстве отношение к противоправным деяниям, совершенным в состоянии алкогольного простого

и патологического опьянения, различны. В связи с необходимостью разрешения правовых вопросов становится актуальным проведение экспертизы алкогольного опьянения и факта употребления алкоголя.

Проведение экспертизы опьянения определяется Приказом №694 МЗ РФ от 08.09.88 «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения», Приказом №289 МЗ РФ от 05.10.98 и Приказом №308 МЗ РФ от 14.07.2-003 «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения». Медицинское освидетельствование назначается в ситуациях, когда *закон предусматривает административную или уголовную ответственность за употребление алкоголя, либо за пребывание в состоянии алкогольного опьянения.* Производится по направлению органов дознания, судов, административными органами, в частном порядке. При обращении в частном порядке свидетельствуемое лицо должно иметь при себе документы, удостоверяющие его личность. При проведении экспертизы по требованию организаций необходимо наличие сопроводительного направления на экспертизу. В случае сопровождения свидетельствуемого лица сотрудниками вышеперечисленных учреждений направление не требуется. Лицо, подвергающееся экспертизе, вправе отказаться от нее или от определенных обследований с обязательным письменным подтверждением.

Медицинское освидетельствование состояния опьянения проводится учреждениями, имеющими разрешение на этот вид деятельности (лицензию и свой регистрационный номер). Обычно проведение экспертизы опьянения осуществляют специализированные кабинеты или приемные отделения центральной районной больницы. Лицо, проводящее экспертизу опьянения, назначается приказом главного врача после прохождения обучения по утвержденной Приказом №694 МЗ РФ от 08.09.88 программе и получении соответствующего документа, подтверждающего право проведения экспертизы опьянения.

Медицинское освидетельствование проводится бригадой кабинета экспертизы опьянения без вмешательства «третьих лиц». Представляет собой ряд клинико-токсикологических исследований, направленных на выявление наличия алкоголя в организме в определенных пределах и психофизиологических нарушений, вызванных токсическим действием алкоголя.

Характер и последовательность проведения экспертизы определяет врач в зависимости от особенностей клинического состояния обследуемого, но с обязательным проведением двух предварительных качественных проб и взятием биологических сред на наличие в них

алкоголя. При невозможности проведения полного обследования (коматозное состояние, тяжелая травма) необходимо провести двукратное, с интервалом 20–30 минут, качественное исследование на алкоголь не менее двух биологических сред.

Результаты медицинского освидетельствования могут считаться действительными при условии, что они получены в ходе всестороннего клинического и лабораторного обследования с применением методик и устройств, разрешенных МЗ РФ для применения в целях освидетельствования. При обследовании врач должен установить одно из следующих состояний: 1) трезв, признаков алкоголизации нет; 2) имеется факт употребления алкоголя; 3) алкогольное опьянение; 4) алкогольная кома; 5) состояние одурманивания, необходимо указать установленное вещество); 6) трезв, имеются нарушения функционального состояния, требующие отстранения от работы с источниками повышенной опасности по состоянию здоровья.

По окончании экспертизы результаты освидетельствования сообщаются обследуемому.

При обследовании больных, поступивших в учреждения здравоохранения по неотложным показаниям в случае выявления опьянения, составляется протокол медицинского освидетельствования или в истории болезни (амбулаторной карте) описывается симптоматика и дается заключение о факте употребления алкоголя с обязательным указанием исследованных биологических жидкостей на наличие алкоголя. При невозможности провести клиническое обследование проводится химико-токсикологическое исследование не менее двух биологических сред с интервалом 30–60 минут. Наиболее часто используется определение концентрации алкоголя в крови и моче. Из предварительных качественных исследований наиболее распространены реакция Рапопорта, реакция Рапопорта—Архангеловой, проба на содержание алкоголя в крови и моче по Попову. Экспертное заключение о наличии и степени алкогольного опьянения дается на основании клинических обследований, предварительных качественных проб и химического исследования биологических материалов на количественное содержание алкоголя.

Рекомендованы следующие ориентировочные данные концентрации алкоголя в крови, соответствующие различной степени опьянения (табл. 6).

Следует учитывать, что при одновременном определении концентрации алкоголя в различных биологических жидкостях: нарастание, пик и снижение концентрации алкоголя в крови, моче, ликворе, слюне и т. д. не совпадают по времени.

Таблица 6

Лабораторная диагностика алкогольного опьянения

Содержание алкоголя в крови в %	Функциональная оценка
Менее 0,3	Отсутствует влияние алкоголя, возможен факт употребления спиртного
0,5–1,5	Легкое опьянение
1,5–2,5	Опьянение средней степени
2,5–3,0	Сильное опьянение
3,0–5,0	Тяжелое отравление алкоголем, может наступить смерть
5,0–6,0	Смертельное отравление

Так, пик концентрации алкоголя в крови — на 11-й минуте после приема алкоголя.

Пик концентрации в ликворе колеблется в пределах от 15–40 до 90–120 минут.

При определении алкоголя в выдыхаемом воздухе необходимо знать соответствие принятой дозы и время ее выведения (табл. 7).

Таблица 7

Определение алкоголя в выдыхаемом воздухе в зависимости от дозы и временного интервала

Алкоголь	Объем	Временной интервал
Водка 40,0 %	50 мл 100 мл 200 мл 250 мл 500 мл	1–1,5 ч 3–3,5 ч 5–7 ч 8–9 ч 15–18 ч
Коньяк	100 мл	3,5–4 ч
Шампанское	100 мл	1 ч
Крепкие вина	200 мл 300 мл 400 мл	3–3,5 ч 3,5–4 ч 4,5–5 ч
Пиво	500 мл менее 2,8 %	20–45 минут не определяется

Доклиническое потребление алкоголя

Употребления алкоголя, даже в небольших дозах, способно вызвать нарушение гомеостаза. Э. Е. Бехтелем (1986) была предложена

классификация, основанная на характере потребления и клинических проявлениях (табл. 8).

Таблица 8

Классификация бытового пьянства

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина два–три раза в год), что этим можно пренебречь
Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50–150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Умеренно пьющие	Употребляющие по 100–150 мл водки (максимально до 400 мл) один–четыре раза в месяц
Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200–300 мл водки (до 500 мл) один–два раза в неделю
Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более два–три раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

Абстиненты — это лица, воздерживающиеся от приема алкоголя. Среди причин, приводящих к отказу от употребления спиртного, можно выделить следующие.

Биологическая непереносимость алкоголя: а) извращение психотропного действия алкоголя — вместо эйфории он вызывает дисфорию и депрессию; б) непереносимость алкоголя как пищевого вещества — токсические и токсикоаллергические реакции; в) появление соматических нарушений как в состоянии опьянения, так и после —кардиалгии, цефалгии, диспепсии и др.

Ухудшение здоровья: а) возникновение тяжелого соматического заболевания, угрожающего смертью; б) снижение переносимости алкоголя после черепно-мозговых травм; в) незначительные соматические и невротические расстройства у лиц с тревожно-мнительным характером.

Установочные мотивы: а) полный отказ от алкоголя у юношей, имеющих отцов-алкоголиков (при негативном к ним отношении); б) у лиц, воспитанных в пуританских условиях, — отказ от алкоголя по религиозным соображениям.

Отступление от строгих правил воздержания от алкоголя у абстинентов происходит крайне редко, как правило, под давлением

окружающих. Органолептически алкоголь воспринимается безразлично. Эйфоризирующее действие алкоголя кратковременно, проявляется незначительно или отсутствует. Полностью сохраняется контроль за поведением и речью. После прекращения приема спиртного довольно длительно и субъективно тягостно ощущается соматический дискомфорт. Невозможность употребления спиртных напитков в количествах, принятых в данной социальной группе, иногда приводит к довольно значительным нарушениям интерперсональных отношений, чувству неполноценности. Коррекция этих нарушений требует формирования защитных психологических построений, в качестве которых чаще всего выступает ссылка на какое-либо соматическое заболевание.

Случайно пьющие лица в целом поздно приобщаются к алкоголю. Потребность в алкоголе отсутствует. Органолептически спиртные напитки безразличны. Обычно такие лица не испытывают приятных ощущений в состоянии опьянения и поэтому не стремятся к увеличению дозы алкоголя или частоты его употребления. Степень опьянения у них незначительная, полностью сохраняется контроль над количеством выпитого, своими поступками и действиями. Опьянение ограничивается соблюдением ритуала. Первые признаки опьянения приводят к сокращению приема спиртного и отказу от него. На следующий день после употребления спиртного возможны ухудшение психического состояния (депрессия) и обострение соматической патологии. В типичных случаях к 35–40 годам начинается урежение алкогольных эпизодов, появляются негативное отношение к пьянству окружающих, отвращение к виду опьяневшего, запаху перегара.

Умеренно пьющие испытывают удовольствие от состояния опьянения, эйфория умеренная. Как правило, сами они не выступают инициаторами выпивки. Ее возникновение в значительной степени зависит от ситуации. Спонтанное желание выпить возникает крайне редко. Это желание реализуется в определенной, часто единственной неформальной группе со своеобразным ритуалом. Признаки опьянения выражены умеренно. Вне опьянения поведенческих нарушений нет. При стереотипном повторении ситуации возникновение алкогольных эпизодов может облегчаться. Начинает формироваться алкогольная потребность, но она в этой группе дополнительная и не играет существенной роли в жизни умеренно употребляющих алкоголь. Структура потребностей и мотивов личности не меняется.

У систематически пьющих (алкогольная акцентуация по Э. Е. Бехтелю, 1986) отмечается более раннее знакомство с алкоголем, стремление к максимальным количествам спиртных напитков. Прослеживается периодичность употребления спиртного, частые эпизоды выраженного

опьянения и асоциального поведения. Меняются ценностные установки, появляется социально-негативное поведение. Систематическое употребление начинается в возрасте 16–20 лет. Потребность в алкоголе формируется достаточно быстро. Эти лица часто выступают инициаторами выпивок, отыскивая приемлемый повод (получение зарплаты, семейное торжество, выходной, поездка за город). Выражен эйфоризирующий эффект спиртных напитков. Явления дискомфорта после их употребления минимальны, как правило, после передозировки. Алкогольная потребность формируется быстро, сопровождается соответствующей перестройкой иерархических отношений в структуре потребностей и мотивов, алкоголь начинает приобретать роль ведущего ценностного ориентира. При этом происходит обеднение других сторон личности человека.

Привычное пьянство, или преалкоголизм, характеризуется усилением алкогольной потребности, что сопровождается формированием симптома желательности алкоголизации. Желание выпить возникает всякий раз, когда для этого предоставляется возможность. Подавление желания дается с трудом и сопровождается соматопсихическим дискомфортом. Растет толерантность к спиртным напиткам. Запаздывает возникновение феномена насыщения — исчезновение желания пить в ходе эпизода. Удлиняется период опьянения. Эйфоризирующий эффект спиртных напитков развивается быстрее и выражается интенсивнее. Появляются диссомнии («пунктирный сон» — чередование засыпания и пробуждения, ранние пробуждения), удлинение периода бодрствования. Защитные психологические механизмы выражаются в переоценке пьянства окружающих и преуменьшении своего собственного. Круг поводов для алкоголизации расширяется, они наслаиваются друг на друга. Социально-позитивные установки, составляющие ядро личности, начинают оттесняться на второй план и редуцироваться. Алкоголь становится основным источником получения удовольствия в жизни. Появляется охлаждение к своей профессиональной деятельности, сужаются разнообразие видов деятельности и круг интересов. Привычное пьянство перерастает в алкоголизм.

В. Ю. Завьялов (1981) выделяет пять видов мотивов начала употребления алкоголя: *традиционный (социально детерминированный), субмиссивный (подчинение давлению других людей или социальной группы), гедонистический (получение психофизического удовольствия), псевдокультурный (символ достатка, благополучия), атарактический (стремление расслабиться или достичь определенного возбуждения).*

Ведущим критерием перехода от пьянства к алкоголизму является появление обсессивного влечения.

Уже на этапе пьянства отмечается появление характерной симптоматики: снижение защитных реакций, повышение потребляемой дозы в физиологических пределах — увеличение толерантности в два-четыре раза; изменение формы потребления — появление определенной систематичности потребления; переход на более крепкие напитки, появление амнезии в конце алкогольного эксцесса (синдром наркотической амнезии); снижение контроля за количеством потребляемого алкоголя в интоксикации. Описанные симптомы составляют синдром измененной реактивности. Постинтоксикационный синдром проявляется плохим самочувствием, вялостью, разбитостью, головной болью, отвращением к спиртному, вегетативным дисбалансом (жажда, сухость во рту, потливость, сердцебиение, чувство жара и пр.).

Критерии отграничения доболезненного этапа (привычного пьянства) и алкоголизма описаны Э. Е. Бехтелем (1986). Выделен ряд феноменов, углубление которых в последующем приводит к формированию симптомов заболевания.

Симптом желательности алкоголизации (или «сосредоточенность на выпивке», по терминологии западных авторов) заключается в фиксации на теме алкоголизации. Мысли об алкоголе становятся доминирующими, сопровождают все жизненные события и эпизоды: встречу приятеля, день рождения сослуживца, получение зарплаты, наличие свободного времени и денег. Что бы человек ни делал, все напоминает ему о выпивке и рождает мысли о ее желательности. Человек все чаще видит в воображении картины, связанные с употреблением спиртного. Подготовка к алкогольному эпизоду производится тщательно, с любовью, с употреблением уменьшительных и ласкательных слов. Можно заметить оживление моторики, некоторое возбуждение, блеск в глазах, повышенное настроение. В выраженных случаях состояние может напоминать опьянение. Чтобы отвлечься от переживаний, сосредоточиться на другой деятельности, приходится прилагать усилия. Мысли о желательности алкоголизации постоянно возвращаются, становятся навязчивыми, что свидетельствует о формировании патологического (обсессивного) влечения и начальной стадии алкоголизма.

Феномен запаздывания насыщения. При бытовых формах пьянства потребность в алкоголе удовлетворяют в рамках социально приемлемого поведения, то есть в пределах групповых норм. На удовлетворение потребности в алкоголе указывает феномен насыщения — исчезновение желания продолжать пить и, соответственно, отказ от дальнейшего потребления спиртных напитков. Усиление пьянства сопровождается запаздыванием феномена насыщения, он возникает от более значительных количеств спиртного. Запаздывание может быть столь

значительным, что превышает пределы биологической переносимости алкоголя. В этом случае полное насыщение наступает только от количеств алкоголя, вызывающих выраженное и глубокое опьянение, иногда близкое к коматозному состоянию.

Снижение способности к градуальным реакциям и переход на реакцию типа «все или ничего» тесно связаны с феноменом запаздывания насыщения. Суть в том, что количество алкоголя обязательно должно быть достаточным для полного удовлетворения потребности в нем. Потребление меньших количеств становится затруднительным, а позже невозможным, опьянение при этом теряет эйфорический компонент и переходит в дисфорию. Утрата способности к градуальным реакциям также должна рассматриваться как симптом, свидетельствующий о возникновении заболевания.

Затруднения при отказе от выпивки чаще всего проявляются, если человек случайно попадает в компанию, где выпивают. Он откладывает все дневные планы ради участия в алкогольном эпизоде. Это определяет постоянную готовность к участию в выпивке, к опьянению. Особенно четко этот симптом проявляется при необходимости свернуть уже начавшуюся выпивку. Всякое изменение ситуаций воспринимается трагично. Подавить возникшее желание очень трудно, это сопровождается чувством неудовлетворенности, снижением настроения, сомато-психическим дискомфортом. Человек прилагает определенные, часто значительные усилия для продолжения начатой деятельности — меняются место выпивки, состав группы, придумываются поводы для отсутствия на рабочем месте. Границей заболевания нужно считать момент, когда начавшиеся приготовления обязательно доводятся до конца в любой ситуации, т. е. они переходят в симптом утраты ситуационного контроля.

Алкогольная потребность. Появление алкогольной потребности нельзя рассматривать как критерий заболевания. Возможность удовлетворения в рамках социально декретируемого поведения определяет ее непатологический характер. Она становится патологической тогда, когда ее удовлетворение возможно только при выходе за пределы групповых алкогольных норм.

Такие симптомы, как *нарушение сна, аппетита, исчезновение защитного рвотного рефлекса, появление психологических защитных механизмов,* не могут рассматриваться в качестве решающих диагностических критериев, поскольку достаточно часто встречаются и при бытовых формах пьянства. Значительные индивидуальные колебания снижают диагностическую ценность и такого симптома, как рост толерантности.

Изучение бытовых форм пьянства позволяет считать границей заболевания момент трансформации группы основных симптомов: *симптома желательности алкоголизации — в обсессивное влечение, запаздывание феномена насыщения — в утрату количественного контроля, затруднения при отказе от выпивки — в утрату ситуационного контроля.* Возникновение всех трех симптомов должно рассматриваться как болезнь и давать основание для диагностики алкогольной зависимости.

Алкогольные нарушения представляют собой континуум, выстроенный в порядке усиления расстройств. Эволюционный характер процесса исключает качественный скачок и не дает точных дифференциально-диагностических критериев. Мы можем только с различной достоверностью приближаться к описанию границ заболевания.

Более плодотворен, на наш взгляд, не симптоматический, а функциональный подход к определению границ заболевания. При функциональном подходе основная роль в ранней диагностике заболевания отводится не индивиду (ухудшение самочувствия, утрата трудоспособности), а обществу, так как злоупотребление спиртными напитками в первую очередь приводит к изменению поведения человека (нарушение ролевых норм и интерперсональных отношений). Согласно И. Н. Пятницкой (1972), злоупотребление характеризуется как потребление, вызывающее неодобрение общества, сопровождающееся асоциальным поведением, ведущее к нарушению моральных и правовых норм. К последним относятся вождение автомобиля в нетрезвом виде, нарушения трудовой дисциплины, приводы за хулиганские действия в состоянии опьянения, конфликты, попадание в вытрезвитель.

Эпизодическое или постоянное бытовое пьянство является донозологическим этапом заболевания (предболезнью).

6.3. Алкоголизм как болезнь

Алкоголизм — хроническое прогрессирующее заболевание, обусловленное систематическим употреблением спиртных напитков и проявляющееся физической и психической зависимостью от алкоголя, формированием абстинентного синдрома, а в далеко зашедших случаях — стойкими соматоневрологическими расстройствами и Психической деградацией.

Алкоголизм как болезнь формируется на основе привычного пьянства. Выделяют *три стадии алкоголизма: начальную* — для нее характерны: а) снижение контроля над количеством употребляемого алкоголя; б) повышение устойчивости к нему (100 г водки — смертельная

доза для ребенка 8 лет); в) исчезновение защитных реакций на передозировку (рвота, противное чувство утром после выпивки и т. п.). В начальной стадии влечение к алкоголю носит характер навязчивости: желание выпить сталкивается с сопротивлением этому желанию. В связи с этим эффективна помощь на ранней стадии.

Во второй стадии алкоголизма появляется абстинентный (похмельный) синдром, проявляющийся при прекращении пьянства множественными симптомами: покраснение лица, шеи, верхней части туловища, повышенная потливость, дрожь (в особенности вытянутых рук), головные боли, общая слабость, тошнота, бессоница, кошмарные сновидения, настроение сниженное, преобладает тревога. Прием небольших доз алкоголя снимает абстинентный синдром на 2–3 ч, а затем симптомы возобновляются.

Продолжает повышаться устойчивость к алкоголю, влечение к пьянству становится не навязчивым, а неодолимым. Пьянство становится запойным и прекращается только в результате активного постороннего вмешательства или же в связи с исчерпанием средств.

Во второй стадии изменяются свойства личности: обедняется личность, повышается раздражительность, выплескивается злоба, появляются лживость, хвастовство, слабоволие, безразличие к семье. В этой стадии могут появляться алкогольные психозы (белая горячка).

В третьей стадии усиливаются прежние нарушения и появляются новые; на первом плане у человека — выпивка; больной пьет в любой (даже неподходящей) ситуации. Все чаще употребляются суррогаты. Резкое обеднение личности прогрессирует, учащаются алкогольные психозы (белая горячка, галлюциноз, бредовые отношения преследования и ревности и т. п.), нарушается память. Больной переходит на неквалифицированную работу, а затем к тунеядству.

Существует также и такая классификация пьянства (его форм):

Альфа-алкоголизм — форма с психической зависимостью от пьянства. При нем зависимость заключается в стремлении снять неприятные размышления, уйти от решения неприятных вопросов и т. п. Тенденция к учащению выпивок усиливается при изменении обстановки, при столкновении с трудностями. При ней страдают межличностные отношения, семья и работа.

Эта-алкоголизм — форма с психической зависимостью. При ней употребление алкоголя замаскировано традициями (правда, здесь используется любой повод для выпивки — встреча, поминки, крестины и т. п.).

Йота-алкоголизм — форма с явлениями психической зависимости. Проявляется также, как и альфа-алкоголизм, однако при ней эти

расстройства достигают невротического уровня. Постоянный прием спиртного необходим для снятия навязчивых страхов, импотенции и т. п.

Каппа-алкоголизм — развивается при психических заболеваниях; проявляется в стремлении изменить свое психическое состояние с целью хотя бы временного избавления от тяжелых психических переживаний.

Эпсилон-алкоголизм — характеризуется периодическими, но чрезвычайно сильными запоями с последующими промежутками, которые могут достигать нескольких лет, во время которых отсутствует тяга к алкоголю.

Гамма-алкоголизм — форма с явлениями физической зависимости; основной признак — потеря контроля, что проявляется в том, что после употребления любой начальной дозы человек не может остановиться и напивается до крайней степени опьянения.

Такие лица быстро деградируют, начинают пить в компаниях незнакомых людей, боясь себя дискредитировать на прежнем месте среди знакомых, они все чаще не появляются на работе после выходных, зарплаты, мотивируя все это благовидными предлогами. Для них характерно появление похмельного синдрома, но после первой рюмки при данной форме алкоголизма человек опять напивается до невменяемости.

Дзета-алкоголизм — форма с физической зависимостью от алкоголизма, характеризуется частым, но не регулярным приемом доз, вызывающих выраженные явления опьянения. Потеря контроля возникает редко и только после принятия больших доз алкоголя. Есть похмельный синдром, но запоя после первой рюмки в процессе не развивается.

Дельта-алкоголизм — форма с физической зависимостью. Характеризуется невозможностью воздержаться от повторного приема спиртного, регулярным приемом индивидуально различных доз, не вызывающих выраженного опьянения. В связи с формированием абстинентного синдрома возникает потребность все время находиться в состоянии опьянения. Однако при этом сохраняется способность контролировать количество выпитого в каждом конкретном случае. Поэтому в течение длительного времени дельта-алкоголизм может протекать скрытно.

При злоупотреблениии алкоголем развиваются различные поражения внутренних органов (гепатит, панкреатит, колит, гастрит, ЯБЖ, циститы, гломерулонефриты и т. п.).

Особенности возникновения пьянства у подростков. Существует 6 главных факторов, обуславливающих употребление алкоголя подростками: 1) разрешение личностных проблем; 2) поднятие настроения; 3) снятие стрессового напряжения; 4) «для отдыха»; 5) социальное давление; 6) ритуальные причины.

В таблице 9 для наглядности обобщены основные медицинские последствия злоупотребления алкоголем с кратким описанием механизмов этих поражений.

Таблица 9

Алкогольные поражения основных органов и систем организма

Система	Основные типы поражений	Механизмы поражений
Пищеварительная	Алкогольный эзофагит	Нарушение перистальтики и регуляции тонуса мышц пищевода, желудочный рефлюкс
	Гастрит атрофический, геморрагический	Уменьшение защитного геля, воздействие пепсина, нарушение микроциркуляции
	Энтерит	Замедление перистальтики, нарушение пристеночного пищеварения, всасывания витаминов и белка
	Панкреатит	Секреторная недостаточность поджелудочной железы, нарушение микроциркуляции
	Гепатомегалия	Прямое токсическое действие алкоголя на гепатоциты, развитие стеатоза вследствие периферического липолиза, усиление печеночного липогенеза
	Алкогольный гепатит	Дистрофия и некрозы гепатоцитов, образование алкогольного гиалина, торможение желчевыводящей функции
	Алкогольный цирроз	Деструкция паренхимы, развитие фиброза и узловой регенерации печени, внутрипеченочных сосудистых анастамозов
	Цирроз-рак	Снижение уровня иммунной защиты, воздействие алкоголя на генетический аппарат клеток
Сердечнососудистая	Гиперфункция сократительного миокарда	Гипертрофия кардиомиоцитов, набухание митохондрий
	Алкогольный амнестический синдром	Генетический дефицит ферментов обмена тиамина, поражение дорсомедиального ядра таламуса и базальных ядер переднего мозга
	Алкогольная полинейропатия	Разрушение аксонов и миелиновых оболочек нервов при дефиците витаминов группы В

Половая	Снижение генитальной реакции (импотенция)	Прямое токсическое действие алкоголя на половые железы
	Алкогольный синдром плода	Влияние алкоголя на генетический аппарат половых желез, тератогенное действие алкоголя
	Алкогольная (патологическая) ревность	Понижение половой потенции, чувство собственной неполноценности, психологические конфликты
Дыхания	Нарушение функции дыхания	Снижение жизненной емкости и максимальной вентиляции легких, уменьшение длительности задержки дыхания на вдохе и выдохе
	Бронхиты, трахеиты	Катаральные воспаления трахеи и бронхов из-за выделения алкоголя через легкие
	Пневмония	Аспирация частичек пищи в легкие, желудочно-пищевой рефлюкс, снижение неспецифической резистентности организма

Алкогольные психозы, их варианты течения и исходы

Алкогольные (металкогольные) психозы представляют собой нарушения психической деятельности в форме экзогенных, эндоморфных и психоорганических расстройств с острым, затяжным или хроническим течением. Эти психозы возникают преимущественно на второй и третьей стадиях алкоголизма, приблизительно у 1/3 больных через несколько дней после прекращения употребления спиртных напитков. Реже они могут развиваться в период усиленного употребления алкоголя. Нередко психозу предшествует какое-либо соматическое заболевание. Еще Е. Крепелин (1912) высказывал предположение о том, что основной причиной психозов при алкоголизме является не столько непосредственное влияние алкоголя на головной мозг, сколько нарушение обмена веществ и токсическое воздействие на него продуктов распада этанола. В современной литературе употребляется термин «металкогольный психоз», который отражает участие в развитии психотических расстройств патологических изменений внутренних органов вследствие длительной интоксикации и нарушений обмена. В настоящее время наиболее важная роль в развитии психозов отводится нейрофизиологическим механизмам. Влияние алкоголя на катехоламиновую нейромедиацию является причиной развития алкогольного делирия. Многими современными авторами подчеркивается выраженный патоморфоз основных клинических

проявлений острых алкогольных психозов: уменьшилась доля абортивных и «классических» делириев. Преобладают атипичные и смешанные делирии, отличающиеся углублением расстройств сознания с развитием аментивноподобных и коматозных состояний, большей выраженностью сомато-неврологических нарушений, злокачественностью течения, неблагоприятным прогнозом. Кроме того, возросло их количество по отношению к общему числу больных с алкогольной зависимостью. Увеличилась смертность от алкогольных психозов. Наметился более интенсивный темп роста алкогольных психозов среди лиц молодого возраста и женщин.

Выделяют следующие формы психотических расстройств (табл. 10).

Алкогольный делирий (белая горячка, *delirium tremens*) — психоз, протекающий в форме галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, парейдолий, бредовых образных расстройств, а также изменчивого аффекта, сопровождающегося двигательным возбуждением. В типичных случаях и в развернутой стадии белая горячка характеризуется нарушением ориентировки во времени, месте и окружающей обстановке при сохранности ориентировки в собственной личности.

Делирий условно можно подразделить на несколько вариантов, помогающих терапевтической тактике ведения болезни и позволяющих адекватно оценить прогноз психоза: классический, редуцированный, атипичный смешанный, тяжелый (профессиональный, мусситирующий).

Таблица 10

Классификация алкогольных психозов по А. К. Качаеву (1988)

Клиническая форма	Клинический вариант	Особенности течения
Делирии (т. н. «белая горячка»)	1) классический	
	2) редуцированный	
	3) атипичный смешанный	
	4) тяжелый: а) профессиональный; б) мусситирующий	
Энцефалопатии	1) острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике	
	2) корсаковский психоз	
	3) алкогольный псевдопаралич	

Галлюцинозы	1) острый	
	2) подострый (затяжной)	а) с преобладанием вербальных галлюцинаций; б) депрессивного аффекта
	3) хронический	а) вербальный без бреда; б) с бредом
Клиническая форма	Клинический вариант	Особенности течения
Бредовые психозы	1) острый параноид (бред преследования)	
	2) затяжной параноид	
	3) алкогольный бред ревности	
Патологическое опьянение	1) эпилептоидная форма	
	2) параноидная форма (галлюционаторно-бредовая)	

Классический алкогольный делирий обычно развивается на фоне похмельного синдрома, при внезапном прекращении пьянства или в период воздержания. Его возникновению способствуют соматические заболевания, травмы. Начальными признаками делирия являются ухудшение ночного сна, вегетативные симптомы (потливость и тремор рук, головная боль), двигательное беспокойство, суетливость, неустойчивое настроение. На протяжении короткого времени можно отметить самые различные оттенки настроения, в то время как при похмельном синдроме настроение однообразно, характеризуется подавленностью и тревогой. Перечисленные симптомы усиливаются к вечеру и ночью, в то время как днем их выраженность резко уменьшается до полной редукции, что позволяет больному выполнять свои профессиональные обязанности. В дальнейшем появляется бессонница, на фоне которой возникают зрительные иллюзии, сменяющиеся галлюцинациями.

Наиболее характерными для стадии предвестников являются яркие и обильные гипнагогические галлюцинации неприятного или кошмарного содержания, сопровождающиеся аффектами тревоги, беспокойством. Делириозный этап (апогей заболевания) представлен разнообразными зрительными галлюцинациями, помрачением сознания по галлюцинаторному типу на фоне выраженного аффекта страха и двигательного возбуждения. Типично преобладание истинных зрительных галлюцинаций. Их характеризуют множественность образов и подвижность. Чаще это насекомые (клопы, тараканы, жуки, мухи) и мелкие животные (кошки, крысы, мыши). Реже больные видят крупных животных или людей, в ряде случаев имеющих фантастический

облик. Характерны видения змей, чертей, а также умерших родственников («блуждающих мертвецов»). В одних случаях зрительные иллюзии и галлюцинации единичны, в других — множественны и сценоподобны, больной видит сложные картины. Нередко отмечаются слуховые, тактильные, обонятельные и гаптические галлюцинации, ощущения нарушения положения тела в пространстве. При этом настроение больных крайне изменчиво: в течение короткого времени можно наблюдать страх, благодушие, недоумение, удивление, отчаяние. Больные обычно непрерывно двигаются, мимика их выразительна. Двигательные реакции соответствуют существующим в данный момент галлюцинациям и настроению. Так, при страхе и устрашающих галлюцинациях больной прячется, обороняется, возбужден, в период благодушного настроения пассивен. При этом больные отвлекаются на все внешние события. Бред при алкогольном делирии отрывочен и отражает содержание галлюцинаций, чаще всего это бред преследования. Больные обычно ложно ориентированы в месте (находясь в больнице, говорят, что они дома, в ресторане, на работе), времени, но ориентированы в собственной личности. Для алкогольного делирия характерно периодическое исчезновение значительной части психических симптомов, то есть отмечаются «светлые» промежутки, а также закономерно выраженное усиление симптомов вечером и ночью.

Алкогольный делирий постоянно сопровождается разнообразными вегетативными расстройствами: дрожанием рук, резкой потливостью, гиперемией кожи (особенно лица). Температура тела субфебрильная, пульс учащен. В моче часто появляется белок. В крови повышено содержание билирубина, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Течение психоза обычно кратковременное. Алкогольный делирий даже без лечения исчезает в течение 3–5 ней, реже затягивается до 7–10 дней. Выздоровление чаще происходит после глубокого продолжительного сна. Иногда оно постепенное, с ухудшением состояния вечером и ночью и улучшением днем.

Редуцированный делирий отличается кратковременностью, подострой психотической симптоматикой и ее фрагментарностью, неразвернутостью форм проявления. Психоз длится несколько часов. Иллюзорные, галлюцинаторные, аффективные расстройства нестойки. Не возникает нарушения ориентировки. Как правило, неврологическая симптоматика не выражена.

Как указывалось ранее, атипичные и смешанные делирии отличаются от классического углублением симптоматики и неблагоприятным прогнозом. Н. В. Стрелец (2001) выделяет следующие факторы, способствующие развитию делирия в ходе стационарного лечения:

1) возраст больных старше 40 лет, длительный алкогольный анамнез, высокая толерантность; 2) алкогольный абстинентный синдром, расценивающийся врачами как тяжелый или протекающий с высокой представленностью неврологической патологии в его структуре; 3) указания в анамнезе на черепно-мозговые травмы, особенно тяжелые, на эпилептиформные припадки, на перенесенные ранее делириозные эпизоды; 4) неадекватное применение интенсивной терапии; 5) назначение в остром абстинентном периоде различных нейролептиков и их сочетаний, в том числе препаратов широкого антипсихотического действия; 6) назначение в остром периоде тяжелого алкогольного абстинентного синдрома трициклических антидепрессантов и других препаратов, обладающих холинолитической активностью. *Атипичный смешанный делирий* включает симптоматику, более свойственную для эндогенных психозов. На пике делирия возникают идеаторные и двигательные автоматизмы, бред воздействия, сенестопатические и ипохондрические бредовые идеи. В начале делирия появляются деперсонализационные расстройства с нарушениями схемы тела, чувством уже виденного, дереализацией, бредовым восприятием окружающего. Преобладают вербальные галлюцинации комментирующего характера, отмечается множество тактильных галлюцинаций, сенестопатических расстройств, которые служат основой для отрывочных бредовых идей преследования и воздействия. Помрачение сознания неглубокое. Выходу из психоза предшествует глубокий сон. При литическом окончании делирия (на протяжении нескольких дней) возможен резидуальный бред. *Тяжелый делирий* развивается, как правило, на фоне присоединившегося соматического расстройства. В клинической картине преобладают нарушения пространственно-временной ориентировки, иллюзорные расстройства восприятия с двигательной и аффективной неподвижностью, сменяющиеся аменцией. Прогноз неблагоприятный. Алкогольный делирий может трансформироваться в профессиональный делирий (молчаливое двигательное возбуждение, имеющее характер автоматически повторяемых действий, связанных с привычной профессиональной деятельностью при слабо выраженных галлюцинациях и бреде); в мусситирующий делирий (преобладание двигательного возбуждения в виде простых однообразных действий, сочетающегося с бормотанием). Оба варианта тяжелого делирия всегда сопровождаются выраженными соматоневрологическими расстройствами. Отмечается тахикардия или брадикардия, падение артериального давления вплоть до коллапса, сильный гипергидроз, гипертермия до 40–41^{0} С, атаксия, дизартрия, тремор, гиперкинезы, рефлексы орального автоматизма.

Смертность больных при делирии составляет от 1 до 16 % и зависит от качества проводимой терапии.

Энцефалопатии

Особенностью данной группы психозов является сочетание психических нарушений с системными неврологическими и соматическими расстройствами, нередко преобладающими в клинической картине заболевания. Алкогольные энцефалопатии возникают на второй и третьей стадиях алкоголизма, сопровождающихся хроническим гастритом или энтеритом. Чаще всего они развиваются в весенние и первые летние месяцы. Условно выделяют острые и хронические формы, хотя резких переходов между ними нет.

Энцефалопатия Гайе-Вернике представляет наиболее часто встречающуюся форму алкогольных энцефалопатий. Начинается постепенно, продолжается два-три месяца, реже — дольше. Возникает нарастающая астения, проявляющаяся слабостью, истощаемостью в сочетании с расстройствами памяти. Снижается, а затем полностью исчезает аппетит, расстраивается ночной сон, иногда наблюдаются диарея и рвота, головные боли и головокружение, потеря равновесия. Возникающий при этом психоз чаще всего представлен профессиональным или муссситирующим делирием, реже — тревожно-бредовыми состояниями. Спустя несколько дней после появления этих нарушений отмечаются оглушенность или симптомы апатического ступора, переходящего в кому. Неврологические расстройства постоянны и выражены. Выявляются повышение тонуса мышц и повышение чувствительности к боли, например, к уколам. Часто возникают разнообразные гиперкинезы. Появление паралича глазодвигательных мышц, светобоязни, нистагма обычно свидетельствует о высшей фазе болезни. Наблюдаются различные по интенсивности и локализации явления полиневропатии. Из вегетативных симптомов обычно отмечаются нарушения сердечного ритма и дыхания, лихорадка центрального происхождения, недержание кала и мочи. Кожа бледная или темно-бурая. Общее физическое состояние больных характеризуется прогрессирующим похуданием вплоть до кахексии. Заболевание без лечения чаще всего заканчивается смертью.

К хроническим алкогольным энцефалопатиям относят Корсаковский психоз и алкогольный псевдопаралич. В одних случаях они развиваются постепенно, в течение ряда месяцев, и тогда их ранние симптомы напоминают энцефалопатию Гайе-Вернике, в других — остро, как правило, после алкогольного делирия.

Корсаковский психоз (алкогольный пояиневритический психоз) проявляется нарушениями памяти: больной ничего не запоминает

из текущих событий или запоминает мало (фиксационная амнезия), при этом отмечаются ретроградная амнезия, конфабуляции, касающиеся повседневных событий. Последние могут быть выражены в различной степени, иногда они отсутствуют. Пациенты осознают несостоятельность своей памяти, стесняются этого и пытаются отвлечь собеседника от такой темы беседы шуткой или каламбуром. Больные вялы, не проявляют интереса к окружающему. Речь и двигательные реакции обеднены. Бред и галлюцинации у больных отсутствуют. Из неврологических расстройств чаще всего встречаются различные по интенсивности явления полиневропатии. На далеко зашедших этапах заболевания возможны прогрессирующая мышечная атрофия и кахексия.

Исходы этого психоза различны. В редких случаях расстройства проходят через четыре–шесть месяцев и память восстанавливается полностью. Однако чаще болезнь затягивается на многие годы, сопровождается снижением интеллекта с формированием психического дефекта (психоорганический синдром). Значительно реже возможно улучшение с восстановлением памяти через два–три года. Прежде всего исчезают явления полиневрита и ретроградная амнезия и лишь в последнюю очередь — фиксационная амнезия.

Алкогольный псевдопаралич. Свое название этот психоз получил из-за его сходства по клинической симптоматике с прогрессивным параличом. Основным в клинической картине псевдопаралича является нарастающее снижение основных познавательных процессов: памяти, внимания, мышления. Гипомнезия проявляется не только ослаблением фиксации новой информации, но и нарастающими трудностями воспроизведения прошлых событий. Несостоятельность активного внимания проявляется трудностью для больного сформировать целевое представление, повышенной отвлекаемостью. Особенно сильно страдает интеллект: явно снижается обобщающий уровень доступных больному понятий, обнаруживаются неспособность к абстрактному мышлению, замена его примитивным с потерей критики к своему поведению. Все это развертывается на фоне эйфорически-благодушном настроения и часто дополняется нелепыми бредовыми идеями величия. Больные склонны к грубому веселью, циничным шуткам и необдуманным поступкам. Значительное место в состоянии больных занимают слуховые вербальные галлюцинации алкогольного колорита. У больных наблюдаются также анизорефлексия, вялость зрачковых реакций и тремор рук, языка, что сближает болезнь с прогрессивным параличом. Прекращение алкоголизации (обычно в стационарных условиях), приводящее к постепенной редукции расстройств интеллекта, памяти,

и отсутствие серологических и неврологических (дизартрии, реакций Аргайла Робертсона и др.) симптомов дают возможность исключить его сифилитическую природу. Течение затяжное — четыре–шесть месяцев и больше, возможно полное выздоровление. Чаще после выхода из психоза обнаруживается снижение памяти и интеллекта — дефект по органическому типу.

Галлюцинозы

Алкогольный галлюциноз представляет собой психоз с преобладанием слуховых, вербальных галлюцинаций, галлюцинаторного бреда и аффективных расстройств, преимущественно в форме тревоги, возникающих на фоне непомраченного сознания. Галлюцинозы занимают среди алкогольных психозов второе место после делирия. Подразделяются на острые, подострые и хронические.

Острый алкогольный галлюциноз развивается при похмельном синдроме или на высоте запоя. При этом основным расстройством являются обильные слуховые галлюцинации, сочетающиеся с бредом преследования. Преобладают словесные слуховые галлюцинации, причем больной обычно слышит слова, произносимые большим числом людей («хор голосов»). Чаще всего происходит разговор «голосов» между собой о больном, реже они адресуются к самому больному. При этом «голоса» угрожают, обвиняют, оскорбляют. Нередко галлюцинации носят издевательски-дразнящий характер. «Голоса» то усиливаются до крика, то ослабевают до шепота. Бредовые идеи (бред преследования, физического уничтожения) отрывочны и несистематизированы, тесно связаны с содержанием слуховых галлюцинаций (так называемый галлюцинаторный бред). В настроении преобладают напряженная тревога и страх. В начале алкогольного галлюциноза у больных наблюдается двигательное возбуждение, но вскоре появляется некоторая заторможенность или же упорядоченное, маскирующее болезнь, поведение, что создает ложное и опасное представление об улучшении состояния. Как правило, симптомы болезни усиливаются в вечернее и ночное время. Отмечаются обычные для похмельного синдрома вегетативные расстройства. Длительность алкогольного галлюциноза составляет от двух-трех дней до нескольких недель и завершается выздоровлением (чаще после «критического» сна), хотя в более редких случаях возможно и более длительное его течение — до одного месяца.

Подострые (затяжные) галлюцинозы продолжаются от одного до шести месяцев, иногда до года. Чаще всего длительность галлюциноза составляет два-три месяца. Симптоматика дебюта в подострых случаях сходна с острым галлюцинозом. Различия возникают позже и обычно связаны с присоединением к галлюцинозу депрессивных или

бредовых расстройств. По течению в клинической картине подострого галлюциноза различают варианты с преобладанием вербальных галлюцинаций, с депрессивным аффектом и в сочетании с бредом. Первый вариант характеризуется тем, что на фоне острого галлюциноза постепенно редуцируются аффективные расстройства и бред. Поведение больных упорядочивается, отмечается спокойное отношение к галлюцинациям. Второй вариант отличается вербальным галлюцинозом с развивающимся на его фоне бредом, двигательным возбуждением, сочетающимися с аффектом тревоги и страха. В дальнейшем появляются подавленность, достигающая выраженной тоски, отгороженность от окружающих, отсутствие инициативы и интереса к чему-либо. Редукция психоза происходит постепенно. Третий вариант отличается постепенной редукцией галлюцинаций с сохранением бредовых идей отношения и преследования. На фоне страха и тревоги характерны вербальные иллюзии. Проявления психоза усиливаются при изменении окружающей обстановки. Редукция психоза происходит за счет исчезновения иллюзий, затем галлюцинаций и только в конце — бреда.

Хронический галлюциноз длится более шести месяцев, иногда несколько лет. Составляет около 10% всех галлюцинозов. Выделяют два клинических варианта: 1) без бреда и 2) с бредом. Первый вариант — наиболее часто встречающийся. Вербальные галлюцинации отмечаются в течение всего дня в форме множественного галлюциноза, диалога или монолога. «Голоса» отражают реальную повседневную жизнь больного. Чаще всего это отдельные фразы, короткие предложения. В первые годы болезни больные спорят, переругиваются с «голосами», апеллируют к окружающим. В дальнейшем они свыкаются с «голосами». Интенсивность вербальных галлюцинаций меняется от их временного исчезновения до существенного усиления. Хронический галлюциноз с бредом характеризуется стойким бредом преследования, без критики со стороны больного. Фабула бреда обычно связана с содержанием вербальных галлюцинаций. Психоз имеет тенденцию к перманентному течению, иногда с незначительной редукцией галлюцинаторных расстройств.

Бредовые психозы

Проявляются, в основном, в форме острого или затяжного алкогольного параноида и бреда супружеской неверности.

Острый алкогольный параноид, или алкогольный бред преследования, развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя, характеризуется наличием несистематизированного чувственного бреда преследования, отношения и особого значения, сочетающегося с живыми аффективными и вербальными иллюзиями идентичного с бредом содержания. Все, что попадает в поле зрения больного, становится

объектом его внимания, подвергается непосредственной (без системы доказательств) интерпретации. Содержание бреда, как правило, исчерпывается идеями преследования со стороны окружающих. Больные считают, что существует группа людей, желающих их ограбить или убить. В жестах, поступках и словах окружающих они видят подтверждения своих мыслей. Характерны растерянность, напряженная тревога, часто сменяющаяся страхом. Поступки больных носят импульсивный характер: они спрыгивают на ходу с транспорта, внезапно бросаются бежать, обращаются за помощью к окружающим, в правоохранительные органы, иногда совершают нападения на воображаемых врагов. В ряде случаев бред сопровождается необильными словесными иллюзиями и галлюцинациями, отдельными делириозными симптомами (зрительными иллюзиями и единичными зрительными галлюцинациями), возникающими в вечернее и ночное время. Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель и заканчивается полным выздоровлением. В более редких случаях психоз, сохраняя идентичную структуру, может затягиваться до двух месяцев и тогда квалифицируется как затянувшийся острый алкогольный бредовый психоз.

Затяжной алкогольный параноид развивается из острого. Преобладает тревожно-угнетенное настроение. Исчезает иллюзорный компонент бреда, наступает некоторая его систематизация, заключающаяся в сужении круга «подозреваемых в преступных намерениях» лиц, яснее очерчиваются мотивы преследования. Доступность больного ограничена, он проявляет недоверчивость, избегает встреч с предполагаемыми недоброжелателями. Также характерен измененный аффект. Алкогольные эксцессы обостряют бредовые переживания.

Алкогольный бред ревности, или алкогольная паранойя, возникает почти исключительно у мужчин, как правило, после 40 лет, развивается постепенно. Составляет около 3% от всех алкогольных психозов. К формированию паранойяльного бреда склонны лица с истерическими и возбудимыми чертами характера, а также предрасположенные к образованию сверхценных идей. Эти черты характера становятся заметнее в периоды алкогольных эксцессов. Основываясь целиком на интерпретации фактов реальной действительности, больной в постоянных попытках разоблачить жену строит целую систему доказательств ее «измен». Вначале больной отмечает, что жена стала относиться к нему невнимательно, затем с неприязнью. Все чаще, по его мнению, она проявляет холодность в интимных отношениях и уклоняется от них. Одновременно ему кажется, что жена начинает тщательно следить за своим внешним видом, все чаще куда-то уходит, постоянно задерживается, а придя домой, выглядит необычно оживленной и смущенной. Больной алкогольным

бредом ревности груб, возбудим, несдержан, он требует объяснений, что влечет за собой все учащающиеся скандалы. С этой целью больной раздевает жену и в поисках синяков и ссадин тщательно осматривает ее тело и т. п. Однако поведение жены, по мнению больного, лишь ухудшается. Подозрения о неверности, вначале смутные и возникающие в связи с запойными состояниями, становятся со временем постоянными, чему способствует также ослабление половой функции вследствие хронической алкоголизации. Больной обычно утверждает, что жена изменяет ему с кем-нибудь из мужчин ближайшего окружения (молодыми родственниками, соседями по квартире или дому). Если вначале «измены» совершаются вне дома, то со временем «жена наглеет и предается разврату уже в своей квартире». Систематизация бреда сопровождается появлением вербальных иллюзий. Больной начинает следить за женой, в ряде случаев обращается за помощью в различные учреждения и может даже применить в отношении жены насильственные действия, довольно часто убийство. Агрессия в отношении мнимого соперника, даже персонифицированного, наблюдается редко. С течением времени больной начинает говорить, что жена изменяла ему еще раньше, до замужества, что дети на самом деле родились не от него, а от других мужчин. Бредовые идеи у больных становятся незыблемыми, бредовое состояние в целом стабильным, порой на всю жизнь. На далеко зашедших стадиях болезни к бредовым идеям ревности присоединяются идеи преследования и ущерба, дополняющие основную «ревнивую» фабулу бреда (жена «плохо» кормит, что-то «подкладывает» в суп, чтобы «ослабить потенцию»). Охваченные всеми этими переживаниями и мучительными чувствами больные долго, многие годы способны сохранять внешне правильное поведение и даже способны работать, однако под покровом этого внешнего благополучия упорно вынашивают планы мести. Нередко они выполняют эти замыслы, убивая спящую жену, и сами же обращаются в правоохранительные органы, «сдаваясь властям» и прося себе наказания.

Патологическое алкогольное опьянение (F10.07) относится к группе острых, кратковременно протекающих психотических расстройств со специфическими признаками, возникающими при приеме алкоголя.

6.4. Созависимые отношения

Попытки «изменять», «спасать от пьянства» и «контролировать поведение» алкоголезависимых людей их родственникам почти никогда не удаются. Более того, зависимый от спиртного человек обычно ожесточенно защищается.

Чем настойчивей вы пытаетесь контролировать и исправлять алкоголезависимого человека, тем хуже становится *ваше* самочувствие и *ваши* с ним взаимоотношения. И если это так, то нужно ли вам продолжать прежний стиль отношений?

Старая как мир тактика пытаться изменить своего мужа, жену, взрослого сына или дочь, начальника на работе может принести мнимый выигрыш в двух-трех незначительных «битвах», но никогда не принесет настоящую победу. Подобная тактика больше порождает проблем, чем разрешает их. Тем не менее, все созависимые люди проводят многие годы именно в таких бесплодных попытках.

Безумие созависимости — делать все время одно и то же, ожидая при этом новых результатов.

Бог даровал нам свободную волю. Он никогда не станет принуждать нас. Ему нужна только добровольная преданность. Дьявол, напротив, использует любую уловку, любой предлог, чтобы подавить волю человека. Подражая дьявольским устремлением, нечто похожее делают и созависимые, пытаясь изменить, контролировать, принуждать других. Хотя надо признать, в отличие от врага рода человеческого, им это удается гораздо менее успешно.

Невозможность контролировать и изменить поведение пьющего человека создает у созависимых родственников ощущение безысходности. К тому же, погружаясь в проблемы близкого, созависимые люди пускают свою жизнь на самотек, им уже не до себя, их трудности копятся, а значит, растут тревога, беспокойство, раздражение. Такое состояние созависимых прогрессирует параллельно развитию алкогольной болезни, истощает их, приводит к депрессии, соматическим заболеваниям, мыслям о самоубийстве.

Созависимые люди видят смысл своей жизни в отношениях с пьющим домочадцем, сосредотачивают все свое внимание на том, что он делает или чего не делает.

Они пребывают в убеждении, что не могут нормально существовать и действовать независимо от пьющего члена семьи. Или наоборот, смогут жить гораздо лучше, только когда его отселят в другое место, выгонят из дома, они разведутся и т. д. Они не умеют четко определять свои психологические границы, не чувствуют, где заканчиваются границы их собственной личности и где начинаются личностные границы других людей. Созависимые склонны воспринимать чужие проблемы как свои собственные, стараются производить хорошее впечатление на окружающих. Они слишком зависимы от чужого мнения, не защищают собственные взгляды и убеждения, стараются стать необходимыми другим людям, тратят последние силы, чтобы сделать то, что,

по их мнению, могут сделать для других только они, хотя на самом деле те могут сделать необходимое для себя сами. Они играют роли Жертв, Преследователей и Спасателей (о чем мы еще поговорим подробнее). Созависимые люди не в ладах со своими чувствами, им не хватает проницательности, они легковерны, плохо разбираются в характере человека и видят только то, что хотят видеть. У созависимых людей преобладает «черно-белое» мышление.

Созависимые отношения, как правило, характеризуются:

1) отсутствием психологической автономии;

2) зависимостью (материальной, физической, эмоциональной или социальной) от пьющего человека и его действий;

3) изменениями в потребностно-мотивационной и эмоционально-волевой сферах личности;

4) заниженной самооценкой;

5) неосознанным иррациональным поведением, о котором человек может сожалеть, но все же действовать, движимый как бы невидимой внутренней силой;

6) специфическими эмоциональными состояниями — от нестабильности до тяжелых расстройств;

7) нарушением здоровья, связанным со стрессами, депрессией; хроническими заболеваниями.

Созависимые родительские отношения самым негативным образом отражаются на здоровье и поведении детей, у которых появляются проблемы в школе, в общении со сверстниками. Дети в семьях с созависимыми отношениями боятся пригласить в гости друзей, будучи неуверенны в том, как встретит их мать, сердитая на зависимого от алкоголя отца, и будет ли трезв отец. Постепенно семья оказывается в социальной и эмоциональной изоляции.

Внутри семьи с созависимыми отношениями формируются свои ригидные правила, диктующие дисфункциональное поведение и неконструктивное решение проблем, ограничивающие самостоятельность ее членов.

И хотя жесткие дисфункциональные правила в созависимых семьях не называются в открытую, они могут без труда просматриваться со стороны.

Правило «Не говори». Даже маленькие дети учатся не высказываться по поводу своих наблюдений, вызывающих неприятные чувства. Мать с выраженным отрицанием алкогольной проблемы мужа не склонна обсуждать наблюдения ребенка о неконтролируемом пьянстве отца и часто пытается дать ему другое (смягчающее или извиняющее) объяснение. Когда недоумение и вопросы относительно поведения

пьющего члена семьи не получают поддержки, другие члены семьи перестают их высказывать, и, таким образом, важные проблемы перестают обсуждаться. Семейный «алкогольный секрет» начинает расти.

Жизнь во лжи ведет к изоляции и деградации семьи, а в итоге — к ее распаду.

Правило «Не чувствуй». Когда неприятные, болезненные чувства не разделяются с другими, их постепенно перестают высказывать. Созависимые члены семьи часто отрицают свои негативные чувства: «нет, я никогда не злюсь», «нет, у меня нормальное физическое состояние». В таких семьях характерно подавление не только негативных чувств, но и позитивных, поэтому дети не получают ролевых моделей адекватного выражения своих чувств.

Правило «Не доверяй». Злоупотребляющий алкоголем склонен давать обещания и строить различные прожекты с самыми лучшими намерениями, которые, однако, постоянно не выполняются. Из-за этого члены семьи начинают испытывать трудности в том, чтобы строить какие-либо свои планы или верить обещаниям. Дети при этом сердятся на обоих родителей, считая, что никто из них не выполняет обещаний.

Когда семейные нарушения, связанные с алкогольной зависимостью кого-либо из родителей, не корректируются специалистом, дети продолжают следовать семейным правилам и ролевому поведению родительской семьи в своей взрослой жизни.

Дети из семей с созависимыми отношениями, взрослея, продолжают испытывать трудности в выражении своих чувств, в обсуждении трудных проблем, в доверии к другим, в восприятии реальности, в обращении за помощью для удовлетворения собственных нужд. Они зачастую женятся (выходят замуж) за тех, у кого имеется подобная семейная история. Их новые семьи повторяют правила и поведение, которые супруги усвоили, будучи детьми. Нередко алкоголизм передается по наследству. Когда же семьи оказывают серьезное сопротивление воздействию болезни, дети могут не повторять в собственных семьях созависимых отношений, наблюдавшихся при наличии алкоголизма у одного из родителей.

Последнее обстоятельство подчеркивает важность оказания помощи созависимым членам семьи для изменения их семейного функционирования и профилактики психологических проблем у детей.

Чаще всего созависимые люди не обращаются за квалифицированной помощью, они злятся, скрывая страх, печаль или обиду, впадают в состояние депрессии, вместо того, чтобы действовать конструктивно. Если же действуют, то жестко и категорично, сдерживая свои чувства. Они считают выражение чувств признаком слабости.

Что ощущают созависимые

Давайте поговорим о том, что вы ощущаете, живя рядом с зависимым человеком.

Отсутствие близости. «Я не могу достучаться до него», — вы, наверно, нередко произносили эту или подобную фразу, говоря о проблемном домочадце. Вы искали близости, тепла, сопереживания, общения, искренности но их не было. Вы старались «все делать правильно»: отдать все свои силы, идти на любые жертвы, беспрекословно выполнять свои супружеские обязанности, но вам так и не удалось установить истинную близость и доверительные отношения. В семье год от года нарастала разобщенность.

Желание «зарыть голову в песок». Стремясь сохранить иллюзию благополучия, вы могли подсознательно оправдывать алкогольное поведение зависимого человека («У него просто выдался тяжелый день», «У всех бывают спады и подъемы», «Его поведение — явление временное»). Вы могли просто не хотеть видеть истинную причину своих бед.

Неуверенность. Это, прежде всего, неуверенность в собственных чувствах, включая тенденцию определять все чувства одним знаком, легковерность, нерешительность.

Тревога. Действия человека с алкогольной зависимостью часто непредсказуемы, отчего вы погружались в тревожные предчувствия, вечное ожидание неприятного или трагического. Одна женщина сказала так: «Представляете, что можно чувствовать, когда телефон звонит, но снимешь трубку, а никто не отвечает».

Зависимый человек ведет себя как ребенок, не желает становиться взрослым и перекладывает груз своих обязанностей на ваши плечи, он подводит вас в важнейших вопросах. Ваша жизнь с ним — сплошные страдания, как в материальном, так и в моральном плане.

Тревога, конечно, помогает в мобилизации против угрозы, следовательно, вполне нормальна. Однако сильная тревога создает замешательство, искаженные, дезадаптивные суждения, сомнительные решения, пораженческое поведение, дезорганизует деятельность, приводит к неверному восприятию событий.

Страх. Вот перечень типичных созависимых страхов: вызвать гнев зависимого человека, не оправдать его ожиданий, прослыть плохой женой (матерью), потерять уважение окружающих, лишиться финансовой поддержки, остаться в одиночестве. Но, прежде всего, созависимые ощущают страх беспомощности, которого они стремятся избежать всеми средствами.

Болезненное чувство вины. Люди, страдающие созависимостью, характеризуются тем, что не способны провести черту между ситуациями,

поддающимися контролю и не поддающимися контролю. Поэтому они испытывают как беспомощность, так и болезненное чувство вины.

Болезненное чувство вины не имеет ничего общего с совестью. Страсть вины — это бесконечное самообвинение без покаяния (или с чисто внешним покаянием, без внутреннего изменения, без встречи в покаянии с Богом). Болезненное чувство вины заставляет вас принимать на себя чрезмерные обязанности, создает ощущение неадекватности, ущербности, ощущение того, что вы ничего лучшего не заслуживаете. Бывает даже так: если произойдет несколько приятных событий подряд, вы почувствуете не удовлетворение, а дискомфорт, вы решите, что недостаточно хороши для успеха.

Даже незнакомые вам люди порой могут дергать за веревочки вашего чувства вины, причинять вам неудобство, заставлять выполнять их требования. Вы становитесь марионеткой, а тот, кто внушает вам чувство вины, — вашим кукловодом. Из-за вины вы чувствуете злость, неудовлетворенность.

Злость. Это одна из самых мощных и самых разрушительных отрицательных эмоций. Однажды возникнув, злость зачастую находит выражение либо вовне, либо внутри. Внутри она выражается в том, что вы становитесь больным человеком, пытаясь подавить или заглушить свои недобрые чувства. Выражая свою злость в открытую, вы наносите вред своим взаимоотношениям с другими людьми. Чем дольше сохраняется ваша злость, тем более всепоглощающей она становится. Она похожа на лесной пожар, не поддающийся тушению. Она способна украсть у вас сон, друзей, работу. Она может заставить вас вести себя иррационально, делать то, за что потом будет стыдно, чего вы потом будете стесняться.

Потеря самообладания. Вам хотелось бы, чтобы окружающие вас люди поступали так, как вы считаете правильным. Вы пытались контролировать других, а в результате утратили контроль даже над собой, своим поведением, эмоциями. Если бы в такие моменты жизни вы трезво оценивали свои мысли и слова, видели свою гримасу на лице, вы бы ужаснулись, поняв, что смахиваете на сумасшедшего человека.

Безысходность и тщетность усилий, предпринимаемых с целью изменить поведение зависимого человека. Скорее всего, вы перепробовали множество способов воздействия (старались договориться, умоляли, уговаривали, вразумляли, исправляли, спасали от неприятностей, пытались отвлечь от пагубной страсти, контролировали, требовали, угрожали, скандалили, придирались, ругали, плакали, кричали, выгоняли из дома, полностью устранялись и прочее), однако в вашей семье практически ничего не изменилось в лучшую сторону. Наоборот,

несмотря на ваши попытки исправить зависимого члена семьи, он не только не исправлялся, но еще сильнее увязал в болоте патологической зависимости. Обстановка в вашей семье год от года становилась все тяжелее и тяжелее, соответственно, и ваше самочувствие становилось все хуже и хуже. Почва уходила из-под ног, и множество незнакомых эмоций продуцировали чувство беспомощности.

Отчаяние. «С этой ситуацией ничего не поделаешь» — могли с горечью подумать вы и представлять себе, что черная полоса в вашей жизни никогда не закончится и вам будет плохо всегда. Вы могли всерьез решить, что у вас осталось только лишь два варианта: либо принять свое жалкое существование, либо навсегда отдалиться от зависимого члена семьи.

Депрессия. Вы испытываете подавленность, тоску, апатию. Ваши мысли мрачны и пессимистичны. Мир вокруг кажется наполненным враждебностью или холодным равнодушием. Вы чувствуете беспомощность перед жизненными трудностями. Мысли об ответственности за тяжелые события в вашей жизни сочетаются с убежденностью в том, что вы не способны на них повлиять. Вы несколько заторможены, быстро утомляетесь. Постепенно возникают проблемы с памятью, вам становится трудно удерживать внимание, у вас наблюдаются нарушения сна.

Но находясь в тягостном, мрачном расположении духа, вы бываете противоречивы и нелогичны. Например, парадоксальным образом можете видеть причины своих проблем во внешних обстоятельствах, а винить за это себя.

Вы загнали себя в противоестественные и опасные условия существования. Вы многие годы живете в атмосфере напряженности, доходящей до невроза. Вы расплачиваетесь за это ценой растраты здоровья. Сколько вы еще выдержите?

Кто-то однажды сказал: вы рискуете узнать о том, что вы созависимый человек, тогда, когда, умирая, обнаружите, что перед вами промелькнула не ваша собственная, а чья-то чужая ужасная жизнь.

Поэтому ваш кровный интерес — понять, в чем причины созависимых (и не только!) ошибок в семье, чтобы в будущем их уже не повторять. Перечисленные выше чувства и состояния можно назвать предупредительными сигналами, которые подсказывают, что с определенными людьми у вас сложились нездоровые отношения, и эти отношения создают вам крупные проблемы. Многие чувства, возникающие в человеке, являются для него испытанием.

Проблема созависимости решается только тогда, когда человек достойно проходит жизненное испытание и исправляет собственные ошибки.

На данное высказывание родственники алкоголезависимых людей мне не раз говорили примерно так:

— Нужно исправлять ошибки? Пройти достойно жизненное испытание? Прекрасно! Вот тот, кто пьет, тот пусть все, что требуется, исправляет, а что нужно — преодолевает! Когда изменится он, тогда отношения изменятся и в семье.

Опасное заблуждение!

Нездоровая обстановка в семье обычно не создается лишь кем-то одним, каждый из членов семьи вносит свой «вклад», неважно, кто больше, а кто — меньше.

Между прочим, родителям ребенка, зависимого от алкоголя, можно вспомнить, кто и как его в свое время воспитывал, какие примеры подавал родительским поведением. Женам (мужьям) — спросить себя, кто им выбирал такого проблемного супруга (супругу). Если сказать прямо и проще, алкоголизм и созависимость — семейные болезни.

Самое трудное в лечение алкоголизма — это лечение… родственников алкоголезависимого человека. Возможно, это звучит неожиданно, но, как отмечают многие специалисты, это действительно так.

Личностные особенности и клинические проявления у созависимых жен

Вполне очевидно: если муж зависим от алкоголя, то у жены как психологически более близкого человека, чем другие члены семьи, наиболее сильно развиваются симптомы созависимости.

Среди созависимых женщин можно обнаружить различные личностные типы, хотя можно отметить, что некоторые особенности личности чаще других способствуют формированию созависимого поведения.

К ним относятся такие личностные характеристики, как повышенная тревожность, субмиссивность или доминантность (то есть склонность к подчинению или доминированию), особенно если они достигают патологического уровня и заметно проявляются в межличностных отношениях. Порой в созависимом поведении женщины проявляется ее склонность к агрессивности в межличностном взаимодействии, ответственность за которую она возлагает на алкоголезависимого мужа.

Нередко агрессивность может проявляться в так называемых «злобном смирении» или «любящей тирании».

В формировании созависимости существенную роль играют неконструктивные формы совладания личности со стрессом, то есть дезадаптивные копинг-механизмы. Понятие «копинг» (совладание) используется в психологии для описания характерных способов поведения

человека в различных ситуациях и рассматривается как стабилизирующий фактор, который может помочь людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение периодов стресса.

У многих созависимых жен больных алкоголизмом выделяется ряд общих признаков психического функционирования:

- превалирование депрессивного и тревожного реагирования на трудности;
- когнитивная и эмоциональная ригидность, то есть «застревание», фиксация на определенных умозаключениях и эмоциональных переживаниях, идущих нередко из прошлого, невозможность переключиться на реальные дела и заботы;
- созависимые женщины часто испытывают трудности в выражении своих чувств, страх открытых, близких отношений с другими людьми;
- для многих из них характерно стремление к «сверхдостижениям» в любой деятельности, включая семейные отношения.

Подобные особенности психического функционирования созависимых женщин ведут к внутриличностным конфликтам. У большинства созависимых выявляются не только психологические проблемы, но и психические нарушения, в происхождении которых ведущая роль принадлежит психогенному фактору и личностным особенностям, препятствующим адекватному разрешению семейного конфликта.

Основными клиническими феноменами при созависимости являются невротические и эмоциональные нарушения.

Невротические нарушения квалифицируются преимущественно в рамках невроза (неврастении) или декомпенсации психопатии. Нередко созависимые женщины попадают в поле зрения врачей общей практики, так как нарушения их психического функционирования при неврозах проявляются соматическими жалобами и вегетососудистыми расстройствами. У многих из них имеются психосоматические заболевания (язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь), которые манифестируют при очередном запое у алкоголезависимого мужа.

Эмоциональные нарушения представлены главным образом астено-депрессивным, тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами. При астено-депрессивном синдроме в клинической картине представлены снижение настроения, легкая утомляемость, слабость, головные боли, невозможность сосредоточиться, трудности в засыпании или повышенная сонливость. Тревожно-депрессивный синдром помимо снижения настроения характеризуется выраженным внутренним напряжением, ожиданием неприятностей, невозможностью избавиться от мыслей о плохом исходе любой ситуации,

нарушениями сна. При тревожно-фобическом синдроме беспокойство и внутреннее напряжение сочетаются с навязчивыми страхами, мыслями и представлениями. С большой частотой диагностируются депрессивные расстройства.

У части женщин отмечается раздражительность, недовольство окружающими, конфликтность, порой злобные и агрессивные высказывания по поводу мужа, то есть депрессия приобретает дисфорический оттенок. В большинстве случаев выраженность депрессии характеризуется невротическим уровнем и квалифицируется в рамках невротической депрессии или депрессивной реакции личности на психотравмирующую семейную ситуацию.

ГЛАВА 7.
КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УРОВНЕЙ

7.1. Стресс как разновидность функционального состояния

Сущность стресса и его разновидности

Стресс является одной из разновидностей эмоционального состояния. Под стрессом понимают неспецифический ответ организма на предъявляемые ему внешние или внутренние требования. Данное понятие было предложено канадским физиологом Г. Селье в 1936 г. Ему удалось установить, что на неблагоприятные воздействия разного рода, например холод, усталость, страх, унижение, боль и многое другое, организм отвечает не только конкретной для каждого воздействия защитной реакцией, но и общим, однотипным комплексным реагированием вне зависимости от того, какой раздражитель действует на организм. При этом в промежутке между воздействием и ответом организма развертываются определенные процессы. Эти процессы были описаны в классических исследованиях Г. Селье, доказывающих, что стадии стресса характерны для любого адаптационного процесса. Стресс лежит в основе таких состояний, как тревожность и депрессия.

Чтобы запустить стресс-реакцию, повреждающий фактор должен быть достаточно сильным или же продолжительным. Согласно исследованиям Холмса и Рея, вероятность заболеть после стресса напрямую связана как с количеством стрессов, так и с их «качеством». «Качество» стресса определяется в баллах (табл. 11).

При определении общего числа баллов суммируются баллы всех событий, случившихся с человеком за последний год. 150 баллов означает 50 % вероятности возникновения какого-либо заболевания, а при 300 баллах она увеличивается до 90 %.

Таблица 11

Шкала социальной адаптации Холмса-Рея

Жизненные события	Значение события в баллах
1. Смерть супруга	100
2. Развод	73
3. Разъезд супругов (без оформления развода)	65
4. Тюремное заключение	63
5. Смерть близкого члена семьи	63
6. Травма или болезнь	53
7. Свадьба	50
8. Увольнение с работы	47
9. Примирение супругов	45
10. Уход на пенсию	45
11. Изменение в состоянии здоровья члена семьи	44
12. Беременность	40
13. Сексуальные проблемы	39
14. Появление нового члена семьи	39
15. Реорганизация на работе	39
16. Изменение финансового положения	38
17. Смерть близкого друга	37
18. Изменение профессиональной ориентации	36
19. Усиление конфликтное отношений с супругом	35
20. Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
21. Окончание срока выплаты ссуды или займа	29
22. Изменение должности	29
23. Сын или дочь покидают дом	29
24. Проблемы с родственниками мужа (жены)	28
25. Выдающееся личное достижение	26
26. Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26

27. Начало или окончание обучения в учебном заведении	25
28. Изменение условий жизни	24
29. Отказ от каких-то индивидуальных привычек	23
30. Проблемы с начальством	20
31. Изменение условий или часов работы	20
32. Перемена места жительства	20
33. Смена места обучения	19
34. Изменение привычек, связанных с проведением отпуска	19
35. Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	18
36. Изменение социальной активности	17
37. Ссуда или заем для покупки машины, телевизора и т. д.	16
38. Изменение привычек, связанных со сном	15
39. Изменение числа живущих вместе членов семьи	15
40. Изменение привычек, связанных с питанием	13
41. Отпуск	12
42. Рождество	
43. Незначительное нарушение правопорядка	

Обращает на себя внимание тот факт, что, согласно этой шкале, имеет значение только интенсивность действия фактора, а не его знак. Как эмоционально отрицательные, так и эмоционально положительные события вызывают стресс. На это обращал внимание еще Г. Селье.

Селье доказал, что в любой стрессовой ситуации присутствует три фазы: непосредственная реакция на воздействие, требующая адаптационной перестройки (так называемая фаза тревоги и мобилизации), период максимально эффективной адаптации (фаза резистенции) и нарушение адаптационного процесса в случае неблагоприятного исхода (срыв адаптации) (рис. 1).

В первой фазе — фазе тревоги — осуществляется мобилизация защитных сил организма, повышающая его устойчивость. При этом организм функционирует с большим напряжением. Однако на данном этапе он еще справляется с нагрузкой с помощью поверхностной, или функциональной, мобилизации резервов, без глубинных структурных перестроек. Физиологически первичная мобилизация проявляется,

как правило, в следующем: кровь сгущается, содержание ионов хлора в ней падает, происходит повышенное выделение азота, фосфатов, калия, отмечается увеличение печени или селезенки и т. д. У большинства людей к концу первой фазы отмечается некоторое повышение работоспособности.

Стадии стресса

1 стадия - реакция тревоги (сопротивление организма понижается («фаза шока»), а затем включаются защитные механизмы)

2 стадия - стадия сопротивления (напряжением функционирования систем достигается приспособление организма к новым условиям)

3 стадия - стадия истощения (выявляется несостоятельность защитных механизмов и нарастает нарушение согласованности жизненных функций)

Рис. 1. Общий адаптационный синдром (по Г. Селье)

В первой фазе — фазе тревоги — осуществляется мобилизация защитных сил организма, повышающая его устойчивость. При этом организм функционирует с большим напряжением. Однако на данном этапе он еще справляется с нагрузкой с помощью поверхностной, или функциональной, мобилизации резервов, без глубинных структурных перестроек. Физиологически первичная мобилизация проявляется, как правило, в следующем, кровь сгущается, содержание ионов хлора в ней падает, происходит повышенное выделение азота, фосфатов, калия, отмечается увеличение печени или селезенки и т. д. У большинства людей к концу первой фазы отмечается некоторое повышение работоспособности.

Вслед за первой фазой наступает вторая. Ее обычно называют фазой резистенции (стабилизации), или максимально эффективной

адаптации. На данном этапе отмечается сбалансированность расходования адаптационных резервов организма. Все параметры, выведенные из равновесия в первой фазе, закрепляются на новом уровне. При этом обеспечивается мало отличающееся от нормы реагирование организма на воздействующие факторы среды. Но если стресс продолжается долго или воздействующие стрессоры чрезвычайно интенсивны, то неизбежно наступает третья фаза — фаза истощения. Поскольку функциональные резервы исчерпаны на первой и второй фазах, в организме происходят структурные перестройки, но когда для нормального функционирования не хватает и их, дальнейшее приспособление к изменившимся условиям среды и деятельности осуществляется за счет невосполнимых энергетических ресурсов организма, что рано или поздно заканчивается истощением.

Вызывает стресс лишь то воздействие, которое превосходит обычные приспособительные возможности человека. Вызывают стресс либо интенсивные и кратковременные воздействия, либо менее интенсивные и длительные.

Таким образом, стресс возникает тогда, когда организм вынужден адаптироваться к новым условиям, т. е. стресс неотделим от процесса адаптации.

Сущность стрессовой реакции заключается в подготовительном возбуждении и активации организма, необходимой для готовности к физическому напряжению.

Следовательно, стресс всегда предшествует значительной трате энергетических ресурсов организма, а затем и сопровождается ею, что само по себе может приводить к истощению функциональных резервов. При этом стресс ни в коей мере не может рассматриваться как отрицательное явление, поскольку лишь благодаря ему возможна адаптация. Кроме этого, умеренно выраженный стресс оказывает положительное влияние как на общее состояние организма, так и на психические характеристики личности.

Стресс и состояние здоровья человека

Стресс, не превосходящий резервные возможности организма, имеет приспособительный характер (например, при умеренном стрессе отмечается позитивное изменение таких психических характеристик, как показатели внимания, памяти, мышления и др. Таким образом, стресс, как целостное явление, должен рассматриваться в качестве позитивной адаптивной реакции, вызывающей мобилизацию организма). Тем не менее существуют стрессовые реакции, которые, наоборот, приводят к демобилизации систем организма. Это крайне отрицательное проявление стресса в научной литературе получило название

дистресса. Трансформация стресса в дистресс происходит при чрезмерно интенсивном воздействии факторов среды и условий жизнедеятельности, при которых очень быстро истощаются функциональные резервы организма или нарушается деятельность механизмов психической регуляции, что может привести к возникновению болезненных расстройств в организме человека.

Многоаспектность явления стресса у человека столь велика, что потребовалось осуществить разработку целой типологии его проявлений. В настоящее время принято разделять стресс на два основных вида: *системный* (физиологический) и *психический* (табл. 12). Поскольку человек является социальным существом и в деятельности его интегральных систем ведущую роль играет психическая сфера, то чаще всего именно психический стресс оказывается наиболее значимым для процесса регуляции.

Таблица 12

Разновидности стресса

<table>
<tr><th colspan="5">Стресс</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Системный (физиологический)</td><td colspan="4">Психологический</td></tr>
<tr><td>Информационный</td><td colspan="3">Эмоциональный</td></tr>
<tr><td></td><td>импульсивный</td><td>тормозной</td><td>генерализованный</td></tr>
</table>

Некоторые авторы разделяют факторы, вызывающие психический стресс, на две большие группы. Поэтому и психический стресс они условно делят на два вида: *информационный и эмоциональный*. Информационный стресс возникает в ситуациях значительных информационных перегрузок, когда человек не справляется с задачей переработки поступающей информации и не успевает принимать правильные решения в требуемом темпе, особенно при высокой ответственности за последствия принятых решений. Возникновение эмоционального стресса большинство авторов связывают с ситуациями угрозы, опасности, обиды и т. д. С этой точки зрения принято выделять три формы эмоционального стресса: импульсивный, тормозной и генерализованный. При эмоциональном стрессе отмечаются определенные изменения в психической сфере, в том числе изменения протекания психических процессов, эмоциональные сдвиги, трансформация мотивационной структуры деятельности, нарушения двигательного и речевого поведения.

Следует подчеркнуть, что подобное деление психического стресса на информационный и эмоциональный весьма условно. Данная классификация исходит из основных характеристик факторов, вызывающих стресс. На практике очень редко удается разделить информационные и эмоциональные стрессоры и определить, какие из стрессоров являются ведущим. Чаще всего в стрессовой ситуации информационные и эмоциональные стрессоры неразделимы, поскольку формирование чувств всегда связано с переработкой информации. Очень часто в результате ошибочной оценки ситуации у человека возникает чувство обиды или гнева. В свою очередь, так называемый информационный стресс всегда сопровождается высоким эмоциональным возбуждением и определенными чувствами. Однако возникающие при этом чувства могут встречаться и в других ситуациях, не связанных с переработкой информации. В большинстве работ психический и эмоциональный виды стресса отождествляются.

Следует отметить, что эмоциональный стресс вызывает такие же изменения в организме, как и стресс физиологический. Например, перед выходом космического корабля на лунную орбиту сердце у американского астронавта Э. Бормана билось с частотой 130 ударов в минуту, а в момент посадки на Луну пульс у другого астронавта — Н. Армстронга — достиг 156 ударов в минуту вместо обычных 77. Аналогичная картина наблюдалась у третьего астронавта — Ч. Эрвина, у которого пульс составлял 180 ударов в минуту при обнаружении неисправности энергосистемы. У летчиков в момент дозаправки самолета в воздухе пульс возрастает до 186 ударов в минуту.

Подобные физиологические изменения вызывает не только опасность, но и ситуации, связанные с высокой ответственностью за выполняемую деятельность, и ожидание поступления новой, совершенно нестандартной и необычной информации. Например, во время спуска советского лунохода с посадочной площадки на поверхность Луны частота пульса у членов наземного экипажа резко повысилась и достигла 130–135 ударов в минуту, хотя никакой опасности для их жизни не было.

Таким образом, психический стресс можно охарактеризовать как состояние организма, возникающее в процессе взаимодействия индивида с внешней средой, сопровождающееся значительным эмоциональным напряжением в условиях, когда нормальная адаптивная реакция оказывается недостаточной.

В качестве основного условия возникновения стресса многие авторы указывают наличие угрозы. Но бесспорным является то, что возникновение и течение стресса в первую очередь зависят от индивидуальных особенностей человека.

Люди реагируют на одинаковые нагрузки по-разному. У одних отмечается повышение активности. Существуют стресс кролика и стресс льва.

В одном случае при стрессе эффективность деятельности достаточно долго продолжает расти (так называемый «стресс льва»). У других людей, наоборот, отмечается снижение активности, эффективность их деятельности быстро падает («стресс кролика»). При этом стресс-факторы могут быть как психосоциальными, так и физическими.

Среди свойств личности, обусловливающих вероятность возникновения стресса, ведущее место занимает тревожность, которая в условиях адаптации может проявляться в разнообразных психических реакциях, известных как реакции тревоги. Под тревогой понимают ощущение неосознанной угрозы, чувство опасения и тревожного ожидания или чувство неопределенного беспокойства. Это ощущение служит сигналом, свидетельствующим о чрезмерном напряжении регуляторных механизмов или нарушении адаптационных процессов.

Очень часто тревогу рассматривают как форму адаптации при остром или хроническом стрессе. Однако тревога имеет личностную обусловленность и по направленности своего проявления может выполнять как охранительные, мобилизующие, так и дезорганизующие функции. В случае, когда уровень тревоги неадекватен ситуации, происходит перенапряжение регуляторных механизмов, что, как правило, заканчивается нарушением поведенческой регуляции. Поведение человека перестает соответствовать ситуации.

В большинстве работ, посвященных изучению тревоги, разграничиваются нормальная и патологическая тревога. Принципиальное разделение тревоги на нормальную и патологическую привело к выделению многочисленных ее аспектов и разновидностей: нормальной, ситуативной, невротической, психотической и др. В то же время большинство авторов расценивает тревогу как единое по сути явление, которое при неадекватном увеличении интенсивности проявления может приобретать патологический характер. Анализ патогенной роли тревоги при психопатологических явлениях, которые представляют собой клинически выраженные нарушения психической адаптации, дает основание считать тревогу ответственной за большую часть расстройств, в которых проявляются эти нарушения. Такое утверждение основывается на том, что существует тесная взаимосвязь между тревогой и некоторыми физиологическими показателями, которая была обнаружена при исследовании механизмов эмоционального стресса. Так, во многих исследованиях отмечается связь тревоги с эрготропным

синдромом — выраженным повышением активности симпатоадреналовой системы, сопровождающейся сдвигами в вегетативном и моторном регулировании.

Таким образом, роль тревоги в адаптационном процессе может существенно изменяться в зависимости от ее интенсивности и требований, предъявляемых к адаптационным механизмам индивидуума. Если рассогласование в системе «человек — среда» не достигает значительной степени и уровень тревоги не превышает средних значений, то на первый план выступает ее мотивационная роль, и тогда тревога обусловливает активизацию целенаправленного поведения. При выраженном нарушении сбалансированности в системе «человек — среда», когда происходит перенапряжение механизмов регуляции, тревога значительно возрастает, отражая формирование состояния эмоционального стресса, который может приобретать хронический характер и снизить эффективность психической адаптации, что, в свою очередь, является одной из предпосылок к развитию болезни.

Однако, рассматривая взаимозависимость тревоги с некоторыми физиологическими показателями, следует учитывать, что тревога — это прежде всего субъективное явление, уровень проявления и характер которого зависят от личностных особенностей индивида. В настоящее время хорошо известно, что особенности личности непосредственно влияют на характер ответного реагирования организма на воздействие окружающей среды.

Установлено, что характер реакции предопределяет возникающие вследствие стресса заболевания. Например, в результате обследования 88 врачей медицинского факультета Вашингтонского университета выяснилось, что из 96 серьезных заболеваний, перенесенных ими за последние 10 лет, 90 приходились на год, непосредственно следовавший за потрясением. У кого из них было потрясение особо сильное, те заболели или получили травму быстрее — в течение 8 месяцев после него. Кроме этого было установлено, что из веселых и добродушных врачей, участвовавших в эксперименте, через 25 лет умерло только 2 %, а из раздражительных и злых — 14 %. (Вначале всем им было по 25 лет.) Аналогично среди юристов: 4 % и 20 % соответственно. Таким образом, те, кто часто сердится и раздражается, рискуют потерять не только расположение друзей, но и жизнь. У них вырабатывается и поступает в кровь слишком много адреналина.

Существуют также доказательства того, что у человека, постоянно подавляющего вспышки гнева, развиваются различные психосоматические симптомы, поскольку во время гнева и ярости увеличивается содержание кислоты в желудке. Хотя подавленный

гнев — и не единственная причина этих заболеваний, показано, что он участвует в развитии ревматического артрита, крапивницы, псориаза, язвы желудка, мигрени, гипертонии. Многолетняя печаль также не проходит даром. Печаль, которая не проявляется в слезах, заставляет «плакать» другие органы. Как показывают результаты исследования, в 80 % случаях инфаркта миокарда заболеванию предшествовала либо острая психическая травма, либо длительное психическое напряжение.

Психологи и психиатры установили зависимость между соматическими заболеваниями человека и его личностными особенностями, а также психологическим климатом, в котором он живет и работает. Например, если человек стремится занять в коллективе место, не соответствующее его реальным возможностям, т. е. обладает повышенным уровнем притязаний, то он в большей мере подвержен развитию сердечно-сосудистой патологии. Хронические коронарные заболевания гораздо чаще встречаются у лиц с выраженной целеустремленностью, честолюбием и нетерпимостью к своему ближайшему окружению. А главной особенностью личности, страдающей гипертонией, является злопамятство. Вместе с тем обнаружено, что к гипертонии могут приводить и ситуации, которые не дают человеку возможности успешно бороться за признание собственной личности окружающими. Если человека подавляют, игнорируют окружающие, то у него развивается чувство постоянного недовольства собой, не находящее выхода и заставляющее его ежедневно «проглатывать обиду».

Для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями типична завышенная самооценка, связанная с такими особенностями личности, как индивидуализм, неудовлетворенность своим положением в жизни (профессией, должностью), конфликтность, пристрастие к «выяснению отношений». Это, как правило, люди сдержанные, скрытные, обидчивые, тянущиеся к другим, но трудно с ними сходящиеся. При неблагоприятной ситуации или заболев, они нередко порывают свои социальные связи, замыкаются на анализе своих субъективных ощущений, уменьшая не только количество контактов, но и делая их более поверхностными. Тогда для них становится характерной повышенная чувствительность к словесным раздражителям, особенно к порицаниям, уход от острых конфликтных ситуаций и от таких травмирующих факторов, как дефицит времени, элементы соревнования.

Для больных язвенной болезнью характерны тревожность, раздражительность, повышенная исполнительность и обостренное чувство долга. Именно это имеют в виду, когда говорят, что язвы

желудка возникают не от того, что вы едите, а от того, что «съедает» вас. Язвенникам свойственна пониженная самооценка, сопровождающаяся чрезмерной ранимостью, стеснительностью, обидчивостью, неуверенностью в себе, и в то же время повышенная требовательность к себе, мнительность. В научной литературе имеются факты, свидетельствующие о том, что язвенный колит часто провоцируется ударом по самоуважению и лишением социальной поддержки. Замечено, что эти люди проявляют пониженную способность к активной самозащите и стремятся сделать значительно больше, чем реально могут. Для них типична тенденция к активному преодолению трудностей в сочетании с сильной внутренней тревогой. Предполагается, что указанная тревога порождает состояние напряжения, которое может сопровождаться спазмами гладких мышц, стенок пищеварительных органов и их сосудов. Наступающее ухудшение кровоснабжения (ишемия) приводит к снижению сопротивляемости этих тканей, перевариванию их желудочным соком и к последующему образованию язвы. Причем вероятность возникновения повторных обострений заболевания тем выше, чем меньше скорректирована самооценка, связанная с указанными психологическими особенностями.

При прочих равных условиях стресс легче переносят люди рассудочные, способные с помощью аргументации уменьшить субъективную значимость негативных последствий воздействия стрессора. Они стремятся предвидеть дальнейшее развитие событий и относиться к ситуации с юмором.

Таким образом, каждый человек по-разному реагирует на внешний стрессор. В этом проявляется его индивидуальность. Следовательно, личностные особенности самым тесным образом связаны с формой реагирования на стрессор и вероятностью развития негативных последствий.

Проявления стресса и модели преодолевающего поведения

Душа и тело — единая система. На уровне психики при стрессе возможен целый спектр изменений. Они затрагивают как сознание, так и эмоции, поведение.

Первым в предельно переносимых экстремальных условиях проявляется эмоционально-поведенческий субсиндром, затем следует вегетативный (субсиндром превентивно-защитной вегетативной активности). После них преимущественно выраженными становятся когнитивный (субсиндром изменения мыслительной активности при стрессе) и социально-психологический (субсиндром изменения общения при стрессе) (табл. 12).

Таблица 12

Субсиндромы стресса (по Л. А. Китаеву-Смыку)

Проявления стресса			
Эмоционально-поведенческие проявления (активность поведения, раздражительность и т. п.)	Вегетативные проявления (повышение частоты сердечных сокращений, увеличение артериального давления, мышечное напряжение, покраснение лица, повышение потливости)	Когнитивные проявления (изменение внимания, памяти, мышления)	Социально-психологические проявления (нарастание проблем в общении)

Общие поведенческие проявления сильного стресса

Речевые проблемы возрастают. Имеющиеся нарушения, заикание и нерешительность увеличиваются и могут появиться у ранее здоровых и не имевших их.

Заинтересованность и энтузиазм ослабевают. Устремления и жизненные цели могут быть оставлены. Увлечения заброшены. Предметы обладания, доставлявшие ранее радость, теряют свою притягательность.

Уклончивость в поведении усиливается. На работе появляются проблемы из-за опозданий, реальных или вымышленных болезней (т. к. нет сил и желания встать и идти на работу).

Злоупотребление лекарствами и наркотиками усиливается. Потребление алкоголя, кофеина, никотина, предписанных и незаконных лекарственных препаратов и наркотических средств увеличивается.

Уровень энергетического обеспечения поведения снижается. Энергетическое обеспечение падает или может значительно колебаться день ото дня без какой-либо видимой причины.

Картина сна нарушается. Возникают трудности с засыпанием или сохранением активного бодрствования в течение более чем четырех часов подряд.

Цинизм по отношению к клиентам и коллегам возрастает. Развивается тенденция возлагать вину на других: «Никто, кроме меня, не побеспокоится».

Игнорируется новая информация. Даже потенциально полезные новые сведения или новые инициативы отвергаются: «Я слишком занят, чтобы беспокоиться по поводу вещей такого рода».

Переносится на других ответственность. Возрастает тенденция пересматривать границы ответственности, исключая при этом неприятные обязанности из своей сферы.

Проблемы решаются с возрастающей поверхностностью. Используются временные меры и краткосрочные решения. Попытки копнуть глубже или проследить отставляются. В некоторых областях происходит «сдача позиций».

Появляются причудливые поведенческие особенности. Возникают странные манеры, непредсказуемость и нехарактерные поведенческие черты.

Могут делаться заявления, содержащие угрозу самоубийства. Появляются такие фразы, как «Покончить со всем этим», «Продолжение не имеет смысла».

Когнитивные (относящиеся к сознанию) эффекты сильного стресса:

- Концентрированность и объем внимания уменьшаются.
- Отвлекаемость увеличивается.
- Кратковременная и долговременная память ухудшаются.
- Скорость ответов становится непредсказуемой.
- Частота ошибок увеличивается.
- Долговременное планирование ослабевает.
- Иллюзии и нарушения мышления возрастают.

Эмоциональные проявления сильного стресса:

- Физическое и психологическое напряжение возрастают. Способность к мышечному расслаблению, хорошему самочувствию, снятию беспокойства и тревоги уменьшается.
- Болезненная мнительность возрастает. Воображаемые недомогания добавляются к подлинным расстройствам, вызванным стрессом. Ощущение здоровья и хорошее самочувствие исчезают.
- Личностные особенности изменяются. Аккуратные и заботливые люди могут стать неопрятными, неряшливо одетыми, безразлично относящимися к окружающим; у демократично настроенных возможно появление авторитарных замашек.
- Имеющиеся личностные проблемы усиливаются. Присущие человеку тревожность, повышенная чувствительность, склонность к самозащите и враждебность возрастают.
- Моральные и эмоциональные ограничения ослабевают. Нормы поведенческого и сексуального контроля — также (или становятся нереалистично жесткими). Возрастает число эмоциональных срывов.
- Депрессия и беспомощность появляются. Душевные силы слабеют, возникает ощущение невозможности повлиять на события или отношение к этим событиям.

• Самооценка резко падает. Развивается ощущение некомпетентности и неполноценности.

Только у некоторых людей и в случае крайне выраженного стресса наблюдаются все вышеописанные эффекты. Появление одного или нескольких признаков указывает, что человек близок или уже находится в стадии истощения в развитии стресса. Если вы обнаружили у себя любой из этих признаков, можно считать, что это опасный знак.

Основными причинами психоэмоционального стресса могут быть:

1) факторы окружающей среды;

2) ваша реакция на них.

Основным фактором, вызывающим стресс, является профессиональная деятельность. Это могут быть:

1. Низкий статус, маленькая зарплата, плохие перспективы служебного роста. Некоторые люди работают там, где у них невысокая зарплата, но они чувствуют себя нужными, и это компенсирует им недостаточно высокий оклад. Согласно исследованиям Р. Дилтса, изучавшего психологические особенности гениев, такая позиция была, например, у Леонардо да Винчи — великого итальянского художника и ученого эпохи Возрождения, автора знаменитой картины «Джоконда». Когда художник приступал к изучению анатомии, то говорил, что его «цель — делать чудеса», даже если это и означает, что он будет «иметь меньше покоя в жизни», чем другие, и ему «долгое время придется жить в крайней бедности». Сложнее положение у людей, которые хотят иметь не только высокую зарплату, но и удовлетворяющую их работу. Если вы хотите получать высокую зарплату, вам нужно искать работу, где ее сможете получать. Она, вполне возможно, будет вам не по специальности и совсем непрестижной. Пусть для вас будет успокоением, что это всеобщая проблема, а не только российская. Тенденции на мировом рынке труда свидетельствуют о том, что количество рабочих мест, приносящих удовлетворение и возможность самореализации в профессиональной деятельности, сокращается. В самом деле, трудно говорить о профессиональной самореализации рабочего, занятого на конвейерном производстве. А поскольку профессиональная деятельность занимает как минимум 50 % нашего времени, то образующаяся пустота и бессмысленность при такой работе (человек не видит продукта своего труда) переносятся и на личную жизнь. Появляется негативное отношение не только к своим близким, но и к себе и своей жизни. Способом выхода из такого состояния может быть дело, которое не относится к работе, но приносит радость, удовлетворение вам как человеку, придает смысл вашей жизни. Это могут быть

семья (для женщины), увлечения (как для мужчины, так и для женщины). На Западе, где интенсификация труда очень высока, таким способом самореализации часто является участие в различных негосударственных организациях (помощь инвалидам, пожилым людям, детям-сиротам, охрана природы и т. д.). Иногда к психологу приходят люди и говорят, что у них нет денег, но вообще-то деньги — не главное. В таком случае денег не будет точно, т. к. подсознательно вы не хотите их зарабатывать. Для решения этой проблемы требуется работа с вашими убеждениями и целями.

2. Нереалистично высокие ожидания от работы. Особенно это касается выпускников вузов и школ. Их представления о характере работы, о перспективах служебного роста и служебных отношениях во многом идеалистичны, а расставание с идеальными схемами происходит всегда нелегко.

3. Сверхурочные и неподходящие для вас часы работы. Сверхурочные ведут к перенапряжению уже просто потому, что вы не успеваете полноценно отдохнуть. Неподходящими часами считаются те, при которых не учитываются ваши естественные биоритмы. Имеется в виду разделение по суточному — циркадианному — ритму на вечерний («совы») и утренний («жаворонки») типы.

В связи с этим ритмом по-разному должна планироваться и работа. Особенно это касается людей умственного труда и студентов. В период зачетной и экзаменационной сессий планируйте свою работу так, чтобы наиболее напряженная и ответственная приходилась на пик вашей работоспособности: у «жаворонков» это — утренние часы и первая половина дня, а у «сов» — вечерние и конец суток. В то время, когда ваша умственная работоспособность наименьшая, можете отдохнуть, заняться другими видами работ, не требующими большого умственного напряжения. При такой временной организации умственного труда эффективность вашей работы будет намного выше.

«Жаворонкам» противопоказана работа в ночные часы. «Совы» ночную смену переносят легче. Кроме того, специфическим стрессовым фактором, связанным с естественными биоритмами, является перемещение по часовым поясам с запада на восток (но не наоборот). С этим постоянно сталкиваются летчики, стюардессы, бизнесмены.

4. Организационные проблемы, когда вы вынуждены работать не только за себя, но и еще за кого-то, особенно если это связано с дефицитом времени. Повышается нагрузка, ответственность и, как следствие, количество ошибок.

5. Неопределенность, если ваше предприятие реорганизуется, перепрофилируется и т. д. и вы не знаете, что будет с вами. Останется

ли ваша должность в штатном расписании или вам предстоит увольнение.

6. Небезопасность, если в вашей профессиональной деятельности встречаются ситуации, несущие угрозу жизни. Единственный способ снижения риска этой угрозы — высокая профессиональная подготовка, включающая и отработку способов реагирования в опасных ситуациях..

7. Нечеткие ролевые обязанности, когда вы не знаете, что входит в ваши должностные обязанности, а что не входит. Поэтому и неизвестно, что вам делать и за что отвечать. Вы можете делать все, что вам скажут, но тогда к концу дня вы так устаете, что валитесь с ног.

8. Частые конфликты с руководителем.

9. Конфликты с коллегами из-за того, что вы не умеете или не хотите общаться с ними по каким-либо причинам.

Наконец, могут быть и специфические источники стресса, связанные с определенными видами работы:

1) недостаток разнообразия;

2) трудные клиенты или подчиненные;

3) недостаточная профессиональная подготовка;

4) слишком эмоциональные отношения к клиентам и подчиненным (синдром «сгорания», бывает у профессиональных практических психологов, врачей, медсестер, социальных работников);

5) профессиональная ответственность (хирурги, авиадиспетчеры, диспетчеры на атомных станциях). Перечисленные факторы являются объективными, они независимо от личностных особенностей человека приводят к стрессу. Однако профессиональная деятельность, к сожалению, — не единственный источник стресса. Объективные факторы, вызывающие стресс в личной жизни, указаны в шкале Холмса-Рея.

Существуют и субъективные стресс-факторы. К ним относятся индивидуальные и ситуативные особенности. К индивидуальным особенностям можно отнести определенные характерологические особенности. В психологической литературе описан тип личности А, который наиболее подвержен стрессу. У людей типа А высокая мотивация достижения. Как известно, существует разделение людей на два типа: один из них мотивирован на достижения, а другой — на избегание неудачи. Люди типа А — это те, которые «за ценой не постоят». Цена же — собственное здоровье: у них чаще встречаются такие сердечно-сосудистые заболевания, как гипертония, инсульты, инфаркты.

7.2. Психическая травма

Термин «психическая травма» — термин, используемый при описании критического состояния на психологическом, точнее, на патопсихологическом уровне его существования; применяется при интерпретации психогенных заболеваний. Психогении — разнообразные болезненные состояния, возникающие вследствие отрицательных психических воздействий, т. е. психических травм. Угроза жизни, потеря близкого человека, семейные неурядицы, обида, неразделенная любовь и масса других отрицательных переживаний могут вызывать функционально-динамические нарушения нервной деятельности.

Психогении возникают вследствие одномоментной сильной психической травмы или же могут быть результатом относительно слабого, но длительного психического травмирования. Большое значение для их возникновения имеют предварительное изменение соматического состояния, ослабленность организма предшествующими заболеваниями, недосыпаниями, кровопотерями. Психогении являются принципиально полностью обратимыми болезненными состояниями и обычно исчезают спустя какое-то время после минования травмирующей ситуации.

Термин «психогенные заболевания» (психогении) впервые был предложен в 1894 году немецким психиатром и психологом Куртом Зоммером при описании психической эпидемии судорог, возникшей среди школьников. Позднее психогениями стали обозначать все те психические расстройства, которые возникали под влиянием психической травмы. Психическая травма — это жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Точнее, психическая травма — это эмоционально значимое событие, связанное с негативными переживаниями.

Под влиянием психической травматизации у человека могут возникать нервно-психические расстройства непсихотического (неврозы) и психотического (реактивные психозы) типов.

Непсихотические психогенные расстройства часто относят к клиническим формам так называемой малой психиатрии. Все болезненные нервно-психические нарушения здесь часто объединяют общим термином — «пограничные состояния». Такое название подчеркивает, что они находятся на границе между нормой и патологией, между психотическими и непсихотическими формами психических болезней, между психическими и соматическими болезнями. В широком плане это все проблемы переживаний человека в связи с интимно-личностными,

межличностными и социальными конфликтами и различные психогенные психические и психосоматические реакции, в рамках как нормы, так и патологии. Все они являются выражением чисто человеческих проблем, проявлением человеческой сущности в трудной жизненной ситуации.

На первом этане учения о психогениях ведущая роль в возникновении заболевания у человека отводилась психической травме. По мнению немецкого психиатра Карла Ясперса, создателя экзистенциально-феноменологического направления в психиатрии, патологические реакции психики в ответ на психическую травму характеризуются единством причины и клинической динамики болезни. Это значит, что чисто психологическая травма вызывает целиком и психологическую реакцию, и обе они оказываются объединены психологически понятной связью. Эти диагностические принципы сформулированы Ясперсом в виде трех основных положений («реактивная триада»):

1. Реактивное состояние возникает вслед за психической травмой.

2. Содержание психической травмы находит отражение в симптомах болезни, и между ними существуют психологически понятные связи.

3. При устранении психической травматизации наступают улучшение и выздоровление больного.

Позднее было обнаружено, что второй и третий критерии из «реактивной триады» Ясперса не всегда находят свое подтверждение в клинической практике, особенно при затяжных неврозах и патологических (психогенных и невротических) развитиях личности. При затяжных неврозах часто бывает трудно доказать, что содержание клинической картины прямо вытекает из характера психической травмы, а при патологических развитиях личности пусковая психическая травма со временем теряет свою актуальность, тогда как болезнь все равно продолжает развиваться. Более того, не всегда приемлемым бывает и первый критерий знаменитой триады, т. к. нередко бывает и гак, что реактивное состояние возникает не непосредственно вслед за психической травмой, а может быть отставленным.

И тем не менее, сформулированные Ясперсом критерии реактивных состояний являются хорошим ориентиром в обосновании и постановке диагноза реактивных невротических состояний и психозов, вследствие чего они и получили самое широкое распространение.

Второй этап учения о психогениях связан с именем немецкого психиатра и психолога Эрнста Кречмера, который отметил, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, как полагал Ясперс, а только на ту, которая затрагивает особо

значимые стороны отношений человека. Психическая травма должна «подходить» к характеру, как ключ к замку, и только тогда «состоится» триада Ясперса. Одинаково важно наличие и самой психической травмы, и предрасположенности к ней у данного конкретного человека.

На третьем этане изучения психогений появляются доказательства того, что психическая травма не играет главной роли в возникновении заболевания, а определяющее значение имеет отношение личности к психотравмирующей ситуации как патогенной и особенности функционирования механизмов личностной психологической защиты, позволяющие это отношение менять.

Действительно, обнаружено, что во многих странах в послевоенные годы, т. е. когда нет никаких массовых бедствий, среди населения резко возрастает число непсихотических форм психических нарушений — невротических реакций, неврозов, самоубийств. Чрезвычайно часто обнаруживают случаи, когда человек совершал суицид без каких-либо видимых предшествующих психотравм. Объяснение этим явлениям стали искать в срыве личностных форм защиты. Поиски ответа на вопрос о том, как, каким образом происходит нейтрализация переживаний при эмоционально-личностных воздействиях, привели к формированию понятий «психологическая защита» и «копинг-поведение». Устойчивость к патогенному воздействию жизненных ситуаций, способность к нейтрализации неблагоприятных социально-экономических факторов личностного бытия даются человеку в процессе его индивидуального развития.

Таким образом, психогении рассматривают как опосредованное всей личностью (на сознательном и бессознательном уровнях) формирование переживания при развитии патологических форм психологической защиты или их срыве. По мнению В. Н. Мясищева, ситуация патогенна только тогда, когда она не может быть рационально переделана, преодолена или невозможен отказ от неосуществимых влечений.

Психогенные нервно-психические заболевания. Психические расстройства, входящие в эту группу, объединяются общим признаком — психогенностью, т. е. главной причиной заболевания считается психологический фактор, или, как чаще говорят, психическая травма. Психогенные заболевания делятся обычно на две группы: неврозы и реактивные психозы.

Психические травмы различаются с учетом количественных критериев (сила воздействия, его длительность); также имеет значение содержание психической травмы. П. И. Сидоров и А. В. Парняков выделяют следующие разновидности психотравмирующих факторов:

1) шоковые, сверхсильные и внезапные психические травмы;

2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия;

3) хронически действующие психотравмирующие ситуации;

4) факторы эмоциональной депривации (лишение любви и внимания).

Реактивные психозы развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Психические травмы отличаются большой силой, интенсивностью и внезапностью действия (стихийные бедствия, внезапные нападения с угрозой для жизни). Ввиду непосредственного воздействия на инстинктивную сферу человека сами эти воздействия не осознаются человеком в полной мере, а в силу быстроты действия не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения. Поэтому такие психические травмы обычно приводят к реактивным психозам типа аффективно-шоковых реакций (с психомоторным возбуждением, либо, напротив, с обездвиженностью), а также к другим реактивным психозам с более сложными психопатологическими картинами — истерическим, бредовым и депрессивным психозами.

Основным клиническим критерием реактивного психоза является отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как личностно чуждых и болезненных, для клиники характерна «реактивная триада» Ясперса.

Неврозы. Термину «невроз» более 200 лет. Из первоначального определения этого заболевания сохранилось только представление о неврозе как о функциональном нарушении. Трудно выделить одну какую-то черту, свойственную неврозу. Ни отсутствие патологоанатомических изменений, ни признак обратимости, ни критерий легкости нарушений, ни определение невроза как психогенного нарушения, ни социабельность этих больных, ни критическое отношение к своему состоянию, ни установка на получение лечения не могут быть достоверными признаками невроза.

В. А. Гиляровский считал, что неврозы — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации. В отличие от реактивных психозов, при неврозах личностная переработка психотравмы, она болезненно переживается и проявляется комплексом преимущественно эмоционально-поведенческих и сомато-вегетативных расстройств. При неврозах происходит «срыв» личности в ее

отношениях с окружающими, и человек обычно стремится к преодолению и компенсации возникающих расстройств. Таким образом, основные особенности неврозов: 1) психогенный фактор как причина; 2) вегетосоматические проявления; 3) личностный характер; 4) тенденция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы.

Психические травмы, лежащие в основе неврозов, обычно не отличаются такой остротой и интенсивностью, как при реактивных психозах. Однако явно прослеживается их зависимость по степени патогенности от сложившихся в течение жизни особенностей личности, создающих различную степень свободы реагирования человека на возникшую ситуацию. При этом важнейшим элементом личностного реагирования (с комплексом расстройств невротического уровня) на патогенные события являются особенности функционирования системы «психологической защиты».

Невроз определяют как психогенное (конфликтогенное) функциональное личностное расстройство, которое проявляется преимущественно эмоциональными нарушениями, нарушениями поведения и нарушениями нейровегетативной регуляции внутренних органов. Невроз — это следствие неразрешимого внутриличностного мотивационного конфликта при недостаточной эффективности механизмов психологической защиты.

На фоне взаимодействия психической травмы и особенностей структуры личности формируется ключевое звено патогенеза неврозов — интрапсихический невротический конфликт. Невротический конфликт по своей сути есть конфликт психологический, мотивационный, однако он имеет значительную устойчивость и силу, приводящую в конечном счете к продуцированию болезненных симптомов — невроза.

В отечественной психиатрии наличие специфического внутриличностного конфликта служит одним из критериев позитивной диагностики неврозов. В. Н. Мясищев рассматривал три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический.

Истерический конфликт определяется чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий и требований окружающих. Данный тип конфликта отличается превышением требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствием адекватного критического отношения к своему поведению («я хочу, хотя и не имею права»). В генезе этого типа конфликта существенную роль играют особенности семейного воспитания, когда стимулируется

стремление ребенка быть в центре внимания окружающих (воспитание по типу «кумира семьи»). Таких лиц отличает превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе, у них несколько ниже способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам.

Второй (обсессивно-психастенический) тип невротического конфликта обусловлен противоречивыми собственными внутренними тенденциями и потребностями, борьбой между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями («я хочу, но не могу решиться»). При этом если даже одна из тенденций становится доминирующей, но продолжает встречать сопротивление другой, создаются благоприятные возможности для резкого усиления психического напряжения и возникновения невроза навязчивых состояний. Особое значение для формирования этого типа конфликта имеют усиленные личностные черты по типу неуверенности, нерешительности, которые формируются с детства в условиях воспитания, когда имеет место предъявление противоречивых требований к личности.

Конфликт третьего типа (неврастенический) представляет собой противоречие между возможностями личности, с одной стороны, ее стремлениями и завышенными требованиями к себе — с другой («я хочу, но у меня не хватает сил»). Особенности конфликта этого типа чаще всего формируются в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей индивида. В определенной степени возникновению данного типа конфликта способствуют и высокие требования к человеку, предъявляемые все возрастающим темпом современной жизни.

Существует классификация неврозов не только по типу внутриличностного конфликта, но также и по течению и динамике заболевания. Еще В.Н. Мясищев отграничивал реактивную форму невроза от невроза развития. При реактивной форме невроза ведущее значение в возникновении заболевания имеет острая психическая травма, а в клинической картине достаточно отчетливо прослеживается триада симптомов Ясперса. При неврозе развитии определяющее значение в течении заболевания имеют особенности личности больного. Часто даже бывает так, что психическая травма впоследствии не находит своего адекватного отражения в симптомах болезни, происходит своеобразное «самодвижение» симптомов и нарастают черты характера невротиков, свойственные психопатическим личностям.

В.В. Королев и Н.Д. Лакосина выделяют в течении неврозов этапность: невротическая реакция — острый невроз — затяжной

невроз — невротическое развитие личности. Термин «развитие личности» был предложен К. Ясперсом в 1910 году для отграничения нажитых форм патологии характера от изменений личности при шизофрении. В структуру невротического развития личности входят те же синдромы, что и в структуру неврозов. Однако при невротическом развитии личности невротические симптомы постепенно утрачивают свою выраженность и происходит их «самодвижение» в сторону нарастания патохарактерологических расстройств. Полагают, что примерно у 30% больных неврозами возможно такое неблагоприятное течение заболевания с постепенной психопатизацией личности.

По мере углубления невротических расстройств в динамике невроза наблюдаются усугубление сомато-биологических сдвигов, перестройка гомеостаза (психоэндокринных соотношений, вегетативной регуляции), однако грубой органической деструкции органов, как это происходит при психосоматических заболеваниях, не происходит. Возможно, отмечают П.И. Сидоров и А.В. Парняков, что невроз — это не только своеобразная личностная адаптация к психотравмирующим воздействиям социальной среды, но и своеобразная «защита» организма от органической деструкции при увеличении психоэмоционального напряжения путем использования особых, невротических механизмов перестройки гомеостаза.

7.3. Конфликт и фрустрация

Термин «конфликт» также используется в различных значениях. Наиболее часто психологи понимают конфликт как столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов субъектов взаимодействия.

Конфликт (от лат. *conflictus* — столкновение) представляет собой противостояние людей (межличностные конфликты) или групп с противоположно направленными интересами, мнениями, позициями, целями, достижение которых ущемляет интересы противостоящей стороны (групповые конфликты).

Субъектом конфликта могут быть двое или более людей, социальные группы, а также один человек с его внутренними переживаниями (внутриличностные конфликты).

При внутриличностных конфликтах рассматриваются три его возможные варианта.

1. Человек стоит перед выбором из альтернативных решений, равных по привлекательности, но взаимоисключающих друг друга.

Например, молодая женщина столкнулась с проблемой: ее муж и ее мать требуют к себе исключительного отношения в ущерб друг другу, а она любит их одинаково сильно. Или: хочется поехать вместе с мужем к новому месту жительства и не менее желательно остаться в большом городе, чтобы завершить учебу в университете.

2. Предлагается выбор из явно непривлекательных альтернатив (из двух зол меньшее зло). Например, потерять любимую работу — источник содержания семьи — или остаться и продолжать мучения под руководством деспота-начальника.

3. Выбор в равной мере и привлекателен, и неизбежно ведет к негативным последствиям. Например, угрожая разводом, жена требует у мужа, чтобы он порвал затянувшиеся отношения с любовницей. Однако любовницу ему бросать не хочется, она молода и физически привлекательна. Но и жену с детьми, помня об их верной дружбе, беззаветной помощи в прежних жизненных невзгодах, обеспечившей служебный и материальный успех, оставить просто невозможно, испытывая к ней чувство признательности и дружбы.

Внутриличностные конфликты включают в себя также когнитивные, ролевые, экзистенциальные и другие типы конфликтов.

В когнитивных конфликтах содержится противоречие несовместимых представлений. Например, человек, которого воспринимают как исключительно благородного и порядочного, совершает некрасивый поступок. Иногда такая ситуация трактуется как «когнитивный диссонанс».

Экзистенциальный конфликт связан с самоанализом глубинных проблем внутрипсихической реальности: проблем смысла, существования, оправдания.

При наличии конфликтной ситуации (противостояния с намерением решить свои проблемы в ушерб другой стороне) и повода, определяющего начало проявления сторонами активности для достижения целей, конфликт может разрастаться с включением в него новых сил и новых людей. При забвении первоначальной причины конфликта ожесточенность негативных воздействий может нарастать.

Конфликт — это столкновение чего-то с чем-то. При этом констатируется приблизительное равенство по интенсивности противостоящих в конфликте сил. Приверженцы психодинамических концептуальных схем определяют конфликт как одновременную актуализацию двух или более мотивов (побуждений). Бихевиористски ориентированные исследователи утверждают, что о конфликте можно говорить тогда, когда имеются альтернативные возможности для реагирования. С точки зрения когнитивной психологии, в конфликте сталкиваются идеи, цели, ценности — словом, феномены сознания.

Конфликтные ситуации сопровождаются сильными эмоциональными переживаниями, ухудшением отношений с окружающими. Однако одновременно отмечаются и положительные функции конфликта.

Ставится вопрос и об ориентированности друг относительно друга противоборствующих тенденций. К. Хорни считает, что только невротический конфликт (т. е. такой, который отличается несовместимостью конфликтующих сторон, навязчивым и бессознательным характером побуждений) может рассматриваться как результат столкновения противоположно направленных сил. «Угол» между направлениями побуждений в нормальном, не невротическом конфликте меньше 180°, и поэтому при известных условиях может быть найдено поведение, в большей или меньшей мере удовлетворяющее обоим побуждениям.

Можно выделить собственно конфликт как осознанное противоречие между общающимися личностями или группами при наличии попыток их разрешения на фоне эмоциональных отношений и, с другой стороны, как конфликтную ситуацию, включающую альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели или средства их достижения.

Конфликтные ситуации сопровождают нас от рождения до самого последнего дня. Однако не каждая конфликтная ситуация перерастает в конфликт. Чтобы конфликт начал развиваться, необходим инцидент, при котором одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, конфликт из потенциального переходит в актуальный и далее может развиваться как прямой или опосредованный, конструктивный стабилизирующий или неконструктивный. В качестве субъекта взаимодействия в конфликт может вступать как отдельное лицо (внутриличностный конфликт), так и два или несколько лиц (межличностный конфликт).

Конструктивным конфликт может быть тогда, когда оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов и отношений. При этом могут наблюдаться различные стратегии поведения. Р. Блейк и Дж. Моутон выделяют: соперничество (противоборство), сопровождающееся открытой борьбой за свои интересы; сотрудничество, направленное на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон; компромисс — урегулирование разногласий через взаимные уступки; избегание, заключающееся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем; приспособление — тенденция сглаживать противоречия,

поступаясь своими интересами. Обобщенное выражение этих стратегий повеления характеризуется как корпоративность и напористость. Развитие конфликта обычно идет в следующей последовательности: а) постепенное усиление участников конфликта за счет введения более активных сил, а также за счет накопления опыта борьбы; б) увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации; в) повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечения в конфликт новых лиц; г) нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которая может оказать как мобилизующее, так и дезорганизующее влияние на поведение участников конфликта; д) изменение отношения к проблемной ситуации и конфликту в целом (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998).

Межличностные конфликты возникают между различными людьми, имеющими противостоящие цели и стремящимися навязать друг другу свое мнение, свою волю. Такие конфликты характеризуются:

1. Нарушением норм взаимодействия и сотрудничества (вместо базовой модели, основанной на сотрудничестве, используется базовая модель взаимоотношений, основанная на конкуренции и конфронтации).

2. Столкновением ценностных ориентаций, интересов, материальных и карьерных притязаний (последствие конфронтации).

3. Ростом конкурентности, соперничества, соревновательности (апломб, амбиции).

4. Рассогласованием между целью деятельности и способом ее достижения (на достижение незначимой цели в конфликте могут тратиться значительные усилия).

В основе межличностных конфликтов может лежать психологическая несовместимость его участников (основанная на взаимных негативных трансферных реакциях).

Высокое эмоциональное возбуждение в конфликте снижает интеллектуальный потенциал его участников (нормальное распределение — зависимость между эмоциями и когнициями).

При возникновении конфликтов между личностью и группой, как правило, отмечается наличие у личности таких черт, как амбициозность, апломб, упрямство, завышенный уровень притязаний и завышенная самооценка (часто у личности обнаруживаются психопатические черты).

Что касается групповых конфликтов, то уровень экстремальности в данном случае наиболее высок, т. к. в психологическом

функционировании группы существуют свои законы ее развития, групповая динамика, которая вмешивается, усиливает конфликт (происходят снижение интеллектуального потенциала, нивелирование ответственности, усиление эмоциональных компонентов общения, феномен сдвига риска).

У представителей умственного труда экстремальные условия, определяемые ожесточившимися конфликтами, приводят к снижению профессиональной работоспособности до 70 %, причем негативное психическое состояние продолжается еще несколько часов, а то и дней после завершения конфликта. При этом как причиной, так и поводом для конфликта могут служить факторы, не имеющие большой значимости для конфликтующих людей. Психологический «ущерб» от конфликта часто намного превышает цену достигнутого в его результате успеха, поскольку события развиваются на фоне сильных эмоциональных переживаний.

Фрустрация (от лат. *frustratio* — обман, расстройство, разрушение планов) — это: 1) психическое состояние, выражающееся в характерных особенностях переживаний и поведения, вызываемых объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задач; 2) состояние краха и подавленности, вызванное переживанием неудачи (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998). П. И. Сидоров, А. В. Парников называют фрустрацией критическую ситуацию и одновременно состояние человека при невозможности реализации им тех или иных потребностей.

Фрустрация — состояние, когда на пути достижения значимой цели человек встречает непреодолимое препятствие. Фрустрация (от лат. frustratio — обман, тщетное ожидание) определяется также как психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания; также это — переживание неудачи. Состояние фрустрации сопровождается различными отрицательными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием.

Человек, планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, одновременно мобилизует блок обеснечения цели определенными действиями. Говорят об энергетическом обеспечении целенаправленного поведения. Но представим себе, что перед запущенным в ход механизмом вдруг неожиданно возникает препятствие, т. е. психическое событие прерывается, тормозится. В месте прерывания или задержки психического события происходит резкое «затопление», повышение психической энергии. Запруда приводит к резкой концентрации энергии, к повышению уровня активации подкорковых

образований, в частности, ретикулярной формации. Этот переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения, которое необходимо снять. Поведение в ситуации фрустрации может быть самым разным, оно зависит от многих факторов: от возрастных особенностей, личностных свойств, от силы фрустратора, привлекательности цели, от объема «запруженной» психической энергии.

Фрустрации возникают в ситуациях конфликта, когда удовлетворение потребности наталкивается на непреодолимые преграды. Неотъемлемым признаком фрустрирующей ситуации, согласно большинству определений, является наличие сильной мотивированности достичь цели (удовлетворить потребность), а также преграды, препятствующей этому достижению. В соответствии с этим фрустрирующие ситуации классифицируются, во-первых, по характеру фрустрируемых мотивов (базовые, «врожденные» психологические потребности — в безопасности, уважении, любви, фрустрация которых носит патогенный характер; и приобретаемые потребности, фрустрация которых не вызывает психических нарушений) и, во-вторых, по характеру «барьеров». Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физическими (стены тюрьмы), психологическими (парализующий страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультуральными (нормы, правила, запреты). Барьеры также делятся на внешние и внутренние: внутренние барьеры препятствуют достижению цели, внешние барьеры не дают испытуемым выйти из ситуации («помни, ты же девочка!»).

Фрустрация несет в себе и негативные, и позитивные эффекты. Позитивные эффекты фрустрации связаны с мобилизацией психологических ресурсов, открывающей возможность для личностного развития и роста. Усиливающееся в состоянии фрустрации напряжение может помочь человеку обрести новый взгляд на ситуацию в целом (переоценка ситуации), пересмотреть свои предыдущие действия и увидеть новые и ранее не замечаемые обходные пути ее достижения, или может обнаружиться альтернативная цель, вполне удовлетворяющая потребность (замена цели). При конструктивной фрустрации не только восстанавливается временно утраченное психологическое равновесие, но и идет развитие личности. Человек обучается ставить реальные цели, учится умению манипулировать «точкой цели», отказываясь от неосуществимого.

Существуют и негативные эффекты фрустрации. Увеличение напряжения и эмоциональное возбуждение при фрустрации могут оказаться так велики, что под воздействием аффекта утрачивается конструктивность действий: человек волнуется, впадает в панику, теряет контроль. Может возникнуть и когнитивная ограниченность — становятся

невозможными рациональные процессы размышления и адекватности принятия решений. Высокий уровень фрустрации приводит к дезорганизации деятельности и снижению ее эффективности. Частые фрустрации ведут к формированию отрицательных черт поведения, агрессивности, возбудимости, враждебности, негативизму.

Толерантность к фрустрации. Существует определенная пороговая величина уровня напряжения, превышение которой приводит к деструктивным эффектам фрустрации. Эту величину часто определяют как *устойчивость,* или *толерантность к фрустрации*. Под фрустрационной толерантностью понимается способность человека противостоять разного рода жизненным трудностям без утраты психологического равновесия. Толерантность к фрустрации является переменной величиной и зависит от величины напряжения, типа ситуации, особенностей личности. Один и тот же человек в различных обстоятельствах оказывается способным выдержать разную степень напряжения. Высокий уровень развития личности предполагает сознательный отказ от фрустрирующих целей и выдвижение новых, более приемлемых и достижимых.

Возникновение фрустрации обусловлено не только объективной ситуацией, но зависит и от особенностей личности человека. Имеют значение такие черты, как эгоцентризм с сосредоточенностью на собственных субъективно-значимых интересах с повышенной чувствительностью к нарушению этих интересов (обидчивость), инфантилизм с недостаточной дифференцированностью личностной структуры.

Выделяют несколько (5) основных видов фрустрационного поведения: 1) Двигательное возбуждение — бесцельные и неупорядоченные поведенческие реакции; 2) апатия (во фрустрирующей ситуации ребенок ложится на пол и смотрит в потолок); 3) агрессия и деструкция, разрушение окружающего, причинение вреда, нанесение ущерба; 4) стереотипия — тенденция к слепому бессмысленному повторению фиксированных форм поведения; 5) регрессия, которая понимается либо как обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранние периоды жизни индивида, либо как «примитивизация» поведения (снижение конструктивности поведения, падение качества исполнения, упрощение поведенческих схем).

Н. Майер, характеризуя фрустрационное поведение, обозначает его как «поведение без цели»: «Поведение фрустрированного человека не меет цели, оно утрачивает целевую ориентацию». Майер иллюстрирует свой тезис примером, в котором двое людей, спешащих купить билет на поезд, затевают в очереди ссору, затем драку, и оба в итоге опаздывают. Это поведение (драка) не содержит в себе цели

добывания билета, поэтому оно является не адаптивным (удовлетворяющим потребность), а фрустрационно спровоцированным поведением. К. Гольдштейн называет фрустрационное поведение «катастрофическим»: оно не только не подчинено фрустрированной цели, но и вообще не подчинено никакой цели, оно дезорганизовано и беспорядочно. Х. Хекхаузен считает, что фрустрационное поведение последовательно проходит три стадии: первоначально в ответ на ситуацию фрустрации возникает агрессия, затем депрессия, затем апатия.

Исторически изучение проблемы фрустрации связано с работами З. Фрейда и его последователями, которые усматривали однозначную связь между фрустрацией и агрессией. Теория фрустрации — агрессии может быть кратко изложена в виде двух основных постулатов: 1) фрустрация всегда влечет за собой агрессию; 2) агрессия всегда есть следствие пережитых ранее фрустраций.

В рамках бихевиористских теорий фрустрация определялась как изменение или затормаживание ожидаемой реакции при определенных условиях, как помеха в деятельности. В настоящее время ряд авторов используют понятие фрустрации и психологического стресса как синонимы; некоторые рассматривают фрустрацию как частную форму психологического стресса. По мнению А. В. Петровского и М. Г. Ярошевского, правомерно также рассматривать фрустрацию в контексте межличностного функционирования, и с этой точки зрения для исследователей представляет интерес сфера межличностных конфликтов и трудностей, которые могут возникать в самых разнообразных жизненных ситуациях, в том числе и в повседневных. В самом общем виде состояние фрустрации — специфическое эмоциональное состояние, которое возникает, когда на пути достижения значимой цели человек встречает субъективно непреодолимое препятствие.

Как правило, состояние фрустрации достаточно неприятное и напряженное, чтобы не стремиться избавиться от него. Планируя свое поведение на пути к достижению поставленных целей, человек одновременно мобилизует блок обеспечения цели определенными действиями. В этом смысле говорят об энергетическом обеспечении целенаправленного поведения. В том случае, если перед запущенным в ход механизмом вдруг неожиданно возникает препятствие, то неизбежно наблюдаются концентрация нереализованной энергии, повышение уровня активации подкорковых образований, в частности, ретикулярной формации. Переизбыток нереализуемой энергии вызывает чувство дискомфорта и напряжения.

К условиям возникновения состояния фрустрации относятся следующие факторы:

1) наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;

2) наличие сопротивления (препятствия-фрустратора).

В свою очередь, препятствия могут быть следующих видов:

1) пассивное внешнее сопротивление (наличие элементарной физической преграды, барьера на пути к цели; удаленность объекта потребности во времени и в пространстве);

2) активное внешнее сопротивление (запреты и угрозы наказанием со стороны окружения, если субъект совершает или продолжает совершать то, что ему запрещают);

3) пассивное внутреннее сопротивление (осознанные или неосознанные комплексы неполноценности; неспособность осуществить намеченное, резкое расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения);

4) активное внутреннее сопротивление (угрызения совести) (Э. И. Киршбаум, А. И. Еремеева, 1990).

Адаптивное (остающееся в пределах нормы) поведение характерно для человека, у которого даже под воздействием сильных раздражителей (препятствий) состояние фрустрации не наступает. Это является следствием толерантности, т. е. терпимости, выносливости по отношению к фрустраторам. Толерантность (в широком смысле стрессоустойчивость) можно воспитать. Психическое здоровье человека собственно и означает сознательное управление своим поведением в экстремальных условиях путем построения эффективных моделей поведения.

Экзистенциальная фрустрация. Стремление человека к смыслу также может быть фрустрировано, и в таком случае логотерапия говорит об «экзистенциальной фрустрации».

Экзистенциальная фрустрация также может привести к неврозу. Для этого типа невроза логотерапия изобрела термин «ноогенный невроз», в отличие от невроза в обычном смысле этого слова, т. е. психогенного невроза. Ноогенный невроз происходит не в психологической, но, скорее, в ноологической сфере (от греческого «ноос», означающего разум, дух, смысл) человеческого существования. Это еще один логотерапевтический термин, обозначающий нечто, принадлежащее к «духовному» ядру человеческой личности. Следует, однако, иметь в виду, что в контексте логотерапии понятие «духовный» не имеет первично религиозной коннотации, а относится к специфически человеческой сфере духа.

Экзистенциальный вакуум. Экзистенциальный вакуум является широко распространенным явлением в двадцатом веке. Это вполне понятно и может быть объяснено двойной утратой, которую человек претерпел в ходе его становления подлинно человеческим существом. В начале своей истории человек утратил некоторые из базисных животных инстинктов, которые определяли и обеспечивали поведение животных. Такая обеспеченность, подобно раю, закрылась для человека навсегда; он должен осуществлять свой выбор. В дополнение к этому, однако, человек претерпел и другую потерю в более недавнем своем развитии: традиции, которые поддерживали его поведение, сейчас быстро ослабевают. Никакой инстинкт не говорит ему, что делать, и никакая традиция не подсказывает, что он должен делать; скоро он уже не будет знать, что хочет делать. Он все чаще руководствуется тем, чего добиваются от него другие, все больше и больше оказываясь жертвой конформизма.

Экзистенциальный вакуум проявляется прежде всего в состоянии скуки. Теперь мы понимаем Шопенгауэра, полагавшего, что человечество, видимо, осуждено вечно колебаться между двумя крайностями — лишениями и скукой. Фактически скука в наше время создает для психиатров больше проблем, чем лишения. И эти проблемы угрожающе нарастают, так как прогрессирующая автоматизация производства, вероятно, ведет к значительному увеличению свободного времени. Беда в том, что многие не знают, что делать с этим свободным временем.

Давайте подумаем, например, о «воскресном неврозе», этом виде депрессии, которым страдают люди, осознающие отсутствие содержания в их жизни, когда натиск рабочей недели прекращается и становится явной своя внутренняя пустота. Немало случаев суицида можно было бы объяснить подобным экзистенциальным вакуумом. Такие распространенные явления, как алкоголизм и юношеская преступность, нельзя понять, если не учитывать лежащий в их основе экзистенциальный вакуум. Это справедливо также и в отношении психологических кризисов пенсионеров и пожилых людей.

Более того, существуют разного рода маскировки и мимикрии, в которых проявляется экзистенциальный вакуум. Иногда фрустрированная потребность смысла компенсируется стремлением к власти, включая наиболее примитивную волю к власти — стремление к обогащению. В других случаях место фрустрированной потребности смысла занимает стремление к удовольствию. Вот почему экзистенциальная фрустрации часто выливается в сексуальную компенсацию. Мы можем наблюдать в таких случаях, что сексуальное либидо становится

чрезмерно активизированным и агрессивным, заполняя экзистенциальный вакуум.

Депривация и одиночество. Самонаблюдения лиц, пребывающих в условиях одиночества, свидетельствуют о том, что фактор изоляции может существенным образом изменять психическое состояние людей.

Известный русский психиатр П. Б. Ганнушкин еще в 1904 году отмечал, что реактивные психические состояния могут развиваться у людей, по тем или иным причинам оказавшихся в условиях социальной изоляции. Ряд психиатров описывают в своих работах случаи развития реактивных психозов у людей, попавших в социальную изоляцию вследствие незнания языка. Говоря о так называемых «психозах старых дев», немецкий психиатр Э. Кречмер в качестве одной из причин выделяет относительную изоляцию. По этой же причине реактивные состояния и галлюцинозы могут развиваться у одиноких пенсионеров, вдовцов и т. д. Особенно отчетливо патогенное воздействие этого фактора на психическое состояние выступает в условиях одиночного тюремного заключения. Немецкий психиатр Э. Крепелин в своей классификации психических болезней выделяет группу «тюремных психозов», к которым он относит галлюцинаторно-параноидные психозы, протекающие при ясном сознании и возникающие обычно при длительном одиночном заключении.

В современной отечественной психологии одиночество относится к одному из видов «трудных» состояний. Состояние одиночества, которое может быть абсолютным или относительным, вызывается недостатком внешней стимуляции физического и социального характера. В условиях одиночества обостряется интенсивность общения с самим собой. По продолжительности, степени изоляции и по своему происхождению формы относительного одиночества могут быть самыми разнообразными. Так, например, в условиях относительного одиночества протекают многие виды профессиональной деятельности, когда общение с другими людьми становится возможным лишь периодически: летчики-истребители, водители автотранспорта, космонавты и т. д. Наиболее ярко основные черты одиночества проступают, когда человек длительное время находится в таких естественных условиях, которые ограничивают его общение с другими людьми, как, например, спелеологи, одиночки-мореплаватели.

Одиночество — это не только трудное состояние. Как своеобразная форма «социального голода», по аналогии с дозированным физиологическим голоданием, одиночество может быть и полезно, и даже необходимо человеку как средство лечения души, восстановления себя, своей «самости», средство самосовершенствования. Человеку

периодически необходимо оставаться наедине с самим собой, со своими мыслями и чувствами, сомнениями и тревогами.

В условиях групповой изоляции наблюдаются четыре симптома, которые были первоначально зафиксированы у зимовщиков в Антарктиде: так называемый «зимовочный синдром», состоящий из депрессии, враждебности, нарушений сна и ослабления познавательных способностей.

Существует ряд условий, способствующих успешному перенесению индивидуальной изоляции. Это прежде всего максимально возможная включенность в целенаправленную деятельность, высокая адекватная мотивация, четкое осознание необходимости решения задач исследования или путешествия как своих личных. Одиночество легче переносят люди, хорошо информированные о возможных психических состояниях, «ориентирующиеся» в реакциях организма и самочувствии в условиях изоляции, знающие способы самоорганизации жизнедеятельности в этих условиях. Ситуация изоляции является, таким образом, стрессовой и экстремальной для индивида настолько, насколько он сам ее воспринимает как таковую.

Индивидуальная изоляция в лабораторных условиях содержит в себе все признаки одиночества: сенсорную депривацию, социальную депривацию и фактор «заключения».

Сенсорная депривация. Термин «депривация» (*deprivation,* или соотв. *privation*) обозначает потерю чего-либо, лишение из-за недостаточного удовлетворения какой-либо важной потребности. В том случае, когда речь идет о недостаточном удовлетворении основных психических потребностей, используются в качестве равнозначных термины «психическая депривация», «психическое голодание», «психическая недостаточность». Й. Лангмейер и З. Матеичек дают следующее определение психической депривации: «Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени». Под психическим состоянием авторы понимают «ту актуальную душевную действительность, которая возникает путем определенного специфического процесса (вызванного стимульным обеднением) и которая является основой или внутренним психическим условием определенного специфического поведения (депривационных последствий)».

И. Лангмейер и З. Матеичек вводят в этой связи понятие «депривационной ситуации» — такой жизненной ситуации, где отсутствует возможность удовлетворения важных психических потребностей.

Авторы говорят также о «депривационном опыте» — термин, под которым понимается лишь то обстоятельство, что индивид уже ранее подвергался депривационной ситуации и что в каждую новую подобную ситуацию он будет вследствие этого вступать с несколько видоизмененной, более чувствительной или, напротив, более «закаленной» психической структурой.

Социально-психологические последствия депривации — это страх перед людьми, который сменяется многочисленными непостоянными и недифференцированными отношениями, в которых проявляется назойливость и неутолимая потребность внимания и любви. При этом сексуальные проявления бывают либо аутистического характера, либо отличаются неконтролируемым и недифференцированным характером. Проявления чувств характеризуются бедностью и нередко явной склонностью к острым аффектам и весьма низкой фрустрационной толерантностью. По мнению авторов, основное патогенное значение для нарушений развития и характера имеет недостаточное удовлетворение аффективных потребностей, т. е. эмоциональная, аффективная депривация.

Сенсорная депривация связана со снижением интенсивности и уменьшением разнообразия притока раздражителей, поступающих из внешней среды. И. М. Сеченов в своей работе «Рефлексы головного мозга» писал о том, что одним из необходимых условий нормальной психической деятельности человека является известный минимум раздражителей, поступающих в мозг от органов чувств. С влиянием измененной афферентации на психическое состояние людей в массовых масштабах столкнулись авиационные врачи в период второй мировой войны. У летчиков во время полетов появлялось сонливое состояние и чувство апатии, сопровождающееся пе-реживанием физического «отрыва» от земли. Чувство «оторванности», «отрешенности» в некоторых случаях сопровождалось дезориентацией в пространстве и развитием галлюцинаций. Исследования по строгой сенсорной депривации показали, что многие здоровые люди ее не выдерживают: приходится прекращать опыт. Исследователями описан ряд психических нарушений, охватывающих все сферы психической деятельности (А. А. Леонов, В. И. Лебедев, 1975).

В условиях экспериментальной сенсорной депривации наиболее часто отмечаются различные обманы чувств. Поступающие из внешнего мира сигналы попадают не на «чистую доску» наших восприятий, а на готовую программу встречи и реагирования. Процесс отражения, по А. Н. Леонтьеву (1965), является «результатом не воздействия, а взаимодействия, т. е. результатом процессов, идущих как бы навстречу

друг другу. Один из них есть процесс воздействия на живую систему, другой — активность самой системы по отношению к воздействующему объекту».

Сенсорная организация человека приспосабливается в процессе жизненного опыта к ориентации в таких условиях, где раздражители в большинстве случаев обладают достаточно ясной для их распознавания информативностью. В тех случаях, где информативная характеристика бывает недостаточна для их узнавания (например, в самом начале какого-либо патологического процесса, который манифестирует недифференцированным ощущением неясного дискомфорта), человек имеет возможность интерпретировать неопределенный раздражитель проективно, приписывая ему то или иное значение в соответствии с актуальной доминирующей мотивацией (подобный механизм, вероятно, лежит в основе феномена ипохондрии). Вследствие крайней ограниченности периферического звена восприятия (ощущения) баланс соотношения центрального и периферического компонентов восприятия перемещается в сторону не уравновешенного ощущением центрального звена (представления). Представления, не корригируемые подтверждающими дополнительными сигналами, отождествляются с образом предполагаемого объекта и приводят человека к уверенности в том, что он подлинно воспринял, узнал то или иное явление, предмет и т. д. (А. А. Леонов, В. И. Лебедев, 1975). Можно также предположить, что «недогруженная» ощущениями нервная система в условиях сенсорной депривации может сама продуцировать образы, которые расцениваются как продуктивная психопатологическая симптоматика

Другой формой обмана чувств, также часто встречающихся в условиях изоляции, являются эйдетические представления, когда в сознании всплывают яркие, интенсивные образы, наполненные живым чувственным содержанием, эмоционально окрашенные, с отчетливыми конкретными деталями. В обычной обстановке, отмечают А. А. Леонов и В. И. Лебедев, яркость образных представлений подавляется многочисленными реальными раздражителями и представления на этом фоне кажутся бледными и неотчетливыми. В условиях же сенсорного голода поток ассоциативных представлений вызывает яркие образы, компенсирующие ограниченность и монотонность объектов внешней среды. В условиях болезни, по-видимому, снижение интереса к внешним событиям закономерно сопровождается повышением интенсивности и яркости внутренних ощущений, связанных с функционированием тех или иных органов и функциональных систем.

Еще одну группу необычных психических состояний в условиях сенсорной депривации составляет изменение самосознания. Так,

в условиях изоляции люди часто персонифицируют неодушевленные предметы и разговаривают с ними. Наедине с самим собой человек имеет интериоризированную (перенесенную вовнутрь, в план умственного действия) аудиторию, к которой он обращает свои мысли и чувства. Если в обычных условиях человек ведет беседу с «интроектами», т. е. с интериоризированными друзьями, оппонентами и т. д. про себя, то в условиях изоляции этот разговор с самим собой начинает выражаться в форме устной или письменной речи.

В работах американских исследователей отмечается, что сенсорная депривация оказывает разрушительное влияние на работоспособность, целеустремленность, вследствие чего испытуемые часто отказываются от дальнейшего пребывания в условиях изоляции. Ряд авторов отмечают развитие таких эмоционально-негативных состояний, как депрессия, апатия, эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и нарушением эмоционального самоконтроля, а также возникновение чувства эйфории — состояния повышенного настроения с оттенком безоблачной радости, блаженства в сочетании со снижением самокритики.

Многочисленные наблюдения за людьми, находящимися в условиях сенсорной депривации, показывают, что если все необычные психические состояния первоначально носят функциональный и обратимый характер, то с увеличением длительности воздействия этого фактора они перерастают в реактивные психозы, галлюцинозы, другие формы психических нарушений. Поэтому большую актуальность приобретает проблема борьбы с сенсорным голодом.

Социальная депривация. Социальная депривация обусловлена отсутствием возможности общения с другими людьми, либо возможностью общения лишь со строго ограниченным контингентом людей. В этом случае человек не может получить привычной социально-значимой информации, не может реализовать чувственно-эмоциональные контакты, которые возникают при общении с другими людьми. Характеризуя недостаточность сенсорного притока, известный американский психотерапевт Э. Берн вводит такое понятие, как «структурирование времени». «Структурный голод столь же важен для жизни, — считает он, — как и сенсорный голод. Структурный голод связан с необходимостью избегать скуки. Если скука, тоска длятся достаточно долгое время, то они становятся синонимом эмоционального голода и могут иметь те же последствия. Обособленный от общества человек может структурировать время двумя способами: с помощью деятельности или фантазии». Общение с самим собой и в качестве специфической психической деятельности по реальному управлению собственной

личностью, и в качестве фантазии (общение «в памяти» или же «грезы на заданную тему») представляет собой способ наполнения времени (структурирования времени) деятельностью. Различными способами наполнения времени являются игровая деятельность и в особенности творчество.

Фактор «заключения». Фактор «заключения» характерен для индивидуальной изоляции. Он связан с лишением возможности свободного передвижения, соприкосновения с окружающей средой и с вынужденным нахождением в ограниченном пространстве. Существенные изменения в психофизиологическом состоянии человека происходят уже при воздействии одного лишь фактора «заключения». Изменения электроэнцефалограммы в этих условиях свидетельствуют о снижении уровня бодрствования, ухудшении возможностей мыслительной деятельности. В этом состоянии появляется чувство беспокойства, тревоги, изменяются параметры самооценки состояния. Добавление к «заключению» двух других компонентов — социальной и сенсорной депривации — увеличивает число и глубину сдвигов в психическом состоянии; воздействующие условия переносятся тяжелее.

7.4. Кризис

Начало разработки теории кризисов связано с работой Э. Линдеманна, посвященной анализу острого горя в ситуациях потери, смерти близких.

Картина острого горя, в соответствии с представлениями автора, очень схожа у разных людей. Общим для всех является следующий синдром: периодические приступы физического страдания, длящиеся от двадцати минут до одного часа, спазмы в горле, припадки удушья с учащенным дыханием, постоянная потребность вздохнуть, чувство пустоты в животе, потеря мышечной силы и интенсивное субъективное страдание, описываемое как напряжение или душевная боль. Больные вскоре замечают, что очередной приступ наступает раньше обычного, если их кто-нибудь навещает, если им напоминают об умершем или выражают сочувствие. При этом у пациентов наблюдается стремление любой ценой избавиться от синдрома, поэтому они отказываются от контактов, которые могут ускорить очередной приступ, и стараются избежать любых напоминаний об умершем.

Наиболее выраженными чертами являются три основных признака: 1) постоянные вздохи; это нарушение дыхания особенно заметно, когда больной говорит о своем горе; 2) общие для всех больных жалобы

на потерю силы и истощение: «почти невозможно подняться по лестнице», «все, что я поднимаю, кажется таким тяжелым», «от малейших усилий я чувствую полное изнеможение»; 3) отсутствие аппетита.

Наблюдаются некоторые изменения сознания. Общим является легкое чувство нереальности, ощущение увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей пациента от других людей (иногда они выглядят призрачно или кажутся маленькими), и сильная поглощенность образом умершего.

Многих пациентов охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти, доказательства того, что он сделал для умершего все, что мог. Он обвиняет себя в невнимательности и преувеличивает значение своих малейших оплошностей.

Кроме того, у человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, тенденция разговаривать с ними с раздражением и злостью, желание, чтобы его вообще не беспокоили, причем все это сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения.

Эти чувства враждебности, удивительные и необъяснимые для самих пациентов, очень беспокоят их и принимаются за признаки наступающего сумасшествия. Пациенты пытаются сдержать свою враждебность, и в результате у них часто вырабатывается искусственная, натянутая манера общения.

В речи появляется торопливость, особенно когда разговор касается умершего. Пациенты непоседливы, совершают бесцельные движения, постоянно ищут себе какое-нибудь занятие и в то же время болезненно неспособны начинать и поддерживать организованную деятельность. Все делается без интереса. Больной цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием, как если бы каждая операция превращалась в особую задачу. Он поражается тому, насколько, оказывается, все эти самые обычные дела были связаны для него с умершим и потеряли теперь свой смысл. Особенно это касается навыков общения (прием друзей, умение поддержать беседу, участие в совместных предприятиях), утрата которых ведет к большой зависимости скорбящего от человека, который стимулирует его к активности.

Эти пять признаков: 1) физическое страдание; 2) поглощенность образом умершего; 3) чувство вины; 4) враждебные реакции; 5) утрата моделей поведения, — представляются патогномоничными для горя. Можно, впрочем, указать еще и на шестую характеристику, проявляющуюся у пациентов, находящихся на границе патологического

реагирования, которая не бросается в глаза, как предыдущие, но тем не менее достаточно выражена, чтобы окрасить всю картину в целом. Она состоит в появлении у пациентов черт умершего, особенно симптомов его последнего заболевания или манеры его поведения в момент трагедии. Сын обнаруживает, что походка у него стала, как у умершего отца. Он смотрит в зеркало, и ему кажется, что он выглядит точно так же, как умерший.

Э. Линдеманн описывает две наиболее характерные патологические психологические реакции горя:

1. Отсрочка реакции — если тяжелая утрата застает человека во время решения каких-то очень важных проблем или если это необходимо для моральной поддержки других, он может почти или совсем не обнаружить своего горя в течение недели и даже значительно дольше. Иногда эта отсрочка может длиться годы, о чем свидетельствуют случаи, когда пациентов, недавно перенесших тяжелую утрату, охватывает горе о людях, умерших много лег назад. 38-летиям женщина, у которой только что умерла мать и которая очень болезненно отреагировала на эту утрату, как оказалось, лишь в небольшой степени была сосредоточена на смерти матери; она была поглощена мучительными фантазиями, связанными со смертью ее брата, трагически погибшего двадцать лет назад.

2. Искаженные реакции — поверхностные проявления незавершившейся реакции горя: а) повышенная активность без чувства утраты, а скорее с хорошим самочувствием и вкусом к жизни; предпринимаемая пациентом деятельность носит экспансивный и авантюрный характер, приближаясь по виду к занятиям, которым в свое время посвящал себя умерший; б) появление у пациента симптомов последнего заболевания умершего. В качестве примера Линдеманн сообщает о человеке, у которого через две недели после смерти отца, последовавшей от болезни сердца, были обнаружены изменения кардиограммы, наблюдавшиеся в течение трех недель; в) психосоматические заболевания, к которым относятся в первую очередь язвенные колиты, ревматические артриты и астма. Лечение колитов, например, заметно улучшалось после того, как реакция горя получила свое разрешение в ходе психотерапевтического воздействия; г) изменения в отношениях к друзьям и родственникам: пациент раздражен, не желает, чтобы его беспокоили, избегает прежнего общения, опасается, что может вызвать враждебность своих друзей своим критическим отношением и утратой интереса к ним. Развивается социальная изоляция, и пациенту, чтобы восстановить свои социальные отношения, нужна серьезная поддержка; д) дальнейшая утрата форм социальной активности проявляется

в том, что пациент не может решиться на какую-либо деятельность; страстно стремясь к активности, он так и не начнет ничего делать, если кто-нибудь не подстегнет его. Встречается также картина, когда пациент активен, однако большинство его действий наносит ущерб его собственному экономическому и социальному положению. Такие пациенты с неуместной щедростью раздаривают свое имущество, легко пускаются в необдуманные финансовые авантюры, совершают серию глупостей и оказываются в результате без семьи, друзей, социального статуса или денег. Своеобразное растянутое самонаказание может быть не связано с осознанием какого-либо особенного чувства вины; е) в конце концов может возникать реакция горя в форме имитированной депрессии с напряжением, возбуждением, бессонницей, с чувством малоценности, жесткими самообвинениями и явной потребностью в наказании. Такие пациенты могут совершать попытки самоубийства.

Таким образом, впервые Линдеманн описал широкий круг симптомов, характеризующих состояние человека при переживании им критических жизненных ситуаций. Впоследствии эти симптомы были конкретизированы и включены в структуру посттравматического стрессового расстройства. Однако работа Линдеманна стала первым психологическим исследованием кризиса.

Собственно говоря, кризис — это кризис жизни, критический момент и поворотный пункт жизненного пути личности. Внутренней необходимостью жизни личности является реализация своего пути, своего жизненного замысла. Психологическим «органом», проводящим замысел сквозь неизбежные трудности и сложности мира, является воля. Воля — это орудие преодоления «умноженных» друг на друга сил трудности и сложности. Когда перед лицом событий, охватывающих важнейшие жизненные отношения человека, воля оказывается бессильной, возникает специфическая критическая ситуация — кризис.

Какого-либо единого, принятого всеми авторами определения кризиса в отечественной литературе не существует. Многие исследователи приводят не концептуальное, а эмпирическое определение кризиса, а чаще только лишь ограничиваются простым перечислением конкретных событий, в результате которых создаются кризисные ситуации.

Критическая ситуация

К критическим ситуациям, вызывающим кризис, традиционно относят такие ситуации, как смерть близкого человека, тяжелое заболевание, отделение от семьи, от родителей, от друзей, а также изменение внешности, смену социальной обстановки, ломку жизненного стереотипа. Теоретически все подобные жизненные события

квалифицируются как ведущие к кризису, если они «создают потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей» (G. F. Jacobson, 1974) и при лом скшят перед индивидом проблему, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом (G. Caplan, 1963). С момента возникновения критической ситуации начинается психологическая борьба с нею процессов переживания.

Все ситуации по параметру эксквизитности можно предсгавить себе как некий ряд, континуум с двумя полюсами. Один полюс представляют проблемные ситуации, для решения которых априорно не заданы способы поведения и мышления и где решение проблемы состоит в создании новых способов поведения и в конструировании новой психической реальности. Проблемная ситуация — это такая ситуация, для решения которой априорно нет никаких заданных способов поведения. Решение проблемы состоит в «новом программировании» психических процессов и новых способов поведения. Чувство дисгармонии, дискомфорт в восприятии неготовой, незавершенной вещи побуждают к мышлению и удерживают на определенном уровне активации. Мы имеем дело с тягой к завершению гештальта. Чувство возможности завершения гештальта движет человеком и заставляет его закончить ситуацию, решить ее. Мало того, предвкушение гештальта делает эту работу волнующей, эмоционально положительно окрашенной, несмотря на предельные затраты.

Другой полюс представлен так называемыми «пограничными ситуациями», где от личности требуются способность и терпимость к экзистенциальным переживаниям, когда все существо человека захвачено вопрошанием о смысле бытия, отмеченного знаком своей конечности. Любое экзистенциальное переживание — это всегда и психическое переживание, которое, как правило, эмоционально негативно окрашено, воспринимается как психологический дискомфорт или как сильное угнетенное, депрессивное состояние, как состояние отчаяния. В последнем случае человек считает, что не может осуществить смысл своей жизни самым оснащенным предметно-практическим действием.

Между этими двумя полюсами континуума эксквизитности располагаются ситуации стресса, фрустрации, депривации, конфликта. Критическая ситуация предполагает известное напряжение, определенную энергетическую направленность, некий модус активности, который находит свое выражение в моментальной интеграции живой системы. Но чтобы возникло напряжение, психический акт должен быть блокирован препятствием внешнего или внутреннего плана. И тогда начинает действовать закон «психической запруды»: «если

прерывается или тормозится естественный ход психического события или в него в какой-то момент вступает чуждый элемент, то там, где происходит задержка, наступает затопление» (G. Caplan, 1963).

Под затоплением понимается резкое повышение психической напряженности.

Каждый психологический акт обладает определенным энергетическим потенциалом, он энергетически обеспечен. И это энергетическое обеспечение акта возрастает, если возникает затруднение при его разворачивании. Происходят стягивание, «затопление» и моментальная интеграция всех сил к месту задержки, к месту прорыва акта.

Понятие кризиса

Слово «кризис» несет в себе оттенок чрезвычайности, угрозы и необходимости в действии. Само понятие «кризис» реально означает острую ситуацию для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент. Мы используем слово «кризис», когда сталкиваемся с чрезвычайной, вызывающей стресс, ошеломляющей ситуацией.

Понятие кризиса традиционно связано с представлением о высоком психическом напряжении, переживаемом субъектом в момент кризиса. Оно также связано с информационной неопределенностью, сопровождающей кризис, и в этом смысле можно рассматривать кризис как явление, содержащее в себе характеристики психической травмы. Однако кризис не сводится к психической травме, так же как он не сводится к состоянию психической напряженности. Кризис содержит в себе потенциальную возможность роста и развития и в связи с этим предполагает возможность трансцендирования, когнитивного и эмоционального выхода за пределы наличия бытия.

Приход человека в этот мир предполагает его реализацию как некоего замысла, вследствие чего человек есть существо, превосходящее и себя, и мир. В любой миг бытия, в любой ситуации есть возможность для трансцендирования, есть возможность восстановить связь времен и пространств. Логика жизни требует от человека, чтобы он жил так, как если бы его поступки предназначались для бесконечного исторического ряда.

Кризис определяется психологически как ситуация невозможности дальнейшего существования в прежнем статусе, т. е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних необходимостей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей). Кризис определяется также в самом общем виде как качественное изменение психического статуса, связанное с угрозой актуального функционирования личности. Д. Продель дает следующее определение: «Психологический кризис представляет собой

конфронтацию с условиями, которые предъявляют человеку чрезмерные требования». Кризисные ситуации — особые жизненные ситуации, которые неразрешимы процессами предметно-практической и познавательной деятельности. Их решают процессы переживания.

При упоминании о кризисе имеется в виду острое эмоциональное состояние, возникающее в острой, рискованной ситуации — в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, препятствием, которое не может быть устранено способами решения проблемы, известными личности из ее прошлого жизненного опыта (А. Г. Амбрумова, 1983). Психологический кризис, по мнению Амбрумовой, — это внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы, создаваемой внешними обстоятельствами.

По большому счету, питательной средой для разворачивания жизненного кризиса является постоянно воспроизводимое в практике жизни противоречие между конечной формой существования личности и бесконечным процессом трансцендирования, т. е. выходом за пределы любой конечной формы существования. Этот конфликт перманентен и актуализируется сомнениями в возможности удовлетворения потребности в смысле жизни. В этом конфликте актуализируется так называемая эвристическая компетентность — неосознаваемая уверенность в своих способностях решить проблему, даже несмотря на то, что до этого у индивида не было опыта разрешения подобных ситуаций.

Экскизитные ситуации являются тем «прерывом постепенности» в жизни личности, который представляет собой возможность перестройки ранее сложившихся структур деятельности, общения и структуры личностных свойств и выход на иное, более совершенное качество саморегуляции и взаимодействия с миром. В разрешении трудной ситуации актуализируются возможности личности как субъекта своей жизни. В патологическом случае экскизитные ситуации могут загонять человека в болезнь.

Каждый человек, каждая культура нарабатывает свои уровни терпимости к экскизитным ситуациям, ту степень овладения свободой, которая переносима культурой и индивидуальным сознанием. Чем нетолерантнее культура и личность к экскизитам, тем больше вероятность наработки и использования психозащитного способа проживания ситуации. В этом случае проблема, конфликт, стресс, кризис воспринимаются в первую очередь как угрозы личному благополучию, своему лицу, своей ранее сложившейся целостности; весь психологический аппарат пытается защититься, отгородиться от таких ситуаций.

Чем сложнее, дифференцированнее, богаче личность, чем креативнее и терпимее ее отношение к жизни, тем меньше места остается для психологических защит и тем меньше потребность в искажениях реальности и в ее трансформации в соответствии с модальностью личностной структуры.

Одна из первых попыток анализа понятия кризиса в отечественной литературе предпринята в монографии Ф. Е. Василюка «Психология переживания», в которой автором осуществлена деятельностная трактовка человеческих эмоций и переживаний. В качестве объекта своего исследования автор избрал процессы, с помощью которых человек преодолевает критические жизненные ситуации. Проведено психологическое исследование того, что человек делает, когда сделать уже ничего нельзя, когда он попадает в ситуацию невозможности реализации своих потребностей, установок, ценностей. Переживание рассматривается как особая форма деятельности, направленная на восстановление душевного равновесия, утраченной осмысленности существования, словом — на производство смысла. Разработано представление о переживании как особой деятельности по переделыванию человеком себя в мире и мира в себе в критических жизненных ситуациях. В книге показана опосредованность процессов переживания определенными психическими структурами.

Автором рассмотрены основные теории кризисов. Отличительные черты теории кризисов, согласно Дж. Якобсону, состоят в следующем: 1) теория кризиса относится главным образом к индивиду, хотя некоторые ее понятия используются применительно к семье, малым и большим группам; 2) теория кризисов подчеркивает не только возможные патологические последствия кризиса, но и возможности роста и развития личности.

Дж. Каштан описал четыре последовательные стадии кризиса: 1) первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем; 2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными; 3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников; 4) если все оказывается тщетным, наступает четвертая стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности. Кризис может закончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение.

Понятие кризиса используется в медицинской и психологической литературе в двух основных значениях. В первом случае под кризисом понимают «тяжелое переходное состояние, вызванное болезнью,

стрессом, травмой» (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998). Во втором случае термином «кризис» обозначается «эмоционально значимое событие или радикальное изменение статуса в персональной жизни» (А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский, 1998). Как особое состояние кризис проходит 3–4 стадии: шок и оцепенение (игнорирование травмирующих событий); осознание действительности и поиск смысла (гнев, чувство несправедливости, попытки «разрушить реальность»); острое горе и отчаяние (душевная боль, трудности концентрации, утрата энергии); реорганизация и рождение нового (создание образа памяти).

Кризис как процесс переживания понимается как поворотный пункт в реализации своего жизненного пути, внутреннего замысла своей жизни (Ф. Василюк). Он начинается с развертывания борьбы мотивов в процессе осуществления жизненного замысла и достигает апогея, когда индивид все так же остро ощущает актуальность своего сорвавшегося замысла и уверен в невозможности его реализации. Можно выделить две основные формы кризиса: в первом случае кризис — это испытание, выйдя из которого, человек сохраняет свой жизненный замысел, во втором — такая возможность утрачена, и требуется метаморфоза личности, принятие нового жизненного замысла.

Кризисы различаются по длительности и интенсивности. По содержанию различают три основных вида кризисов: кризисы развития (или возрастные кризисы), травматические кризисы и кризисы утраты.

Возрастные кризисы

Кризисы развития, или возрастные кризисы, возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин). Это относительно небольшие по времени (около года) периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями, когда личность человека приобретает новое психологическое качество (новую психологическую модальность). Форма, длительность и острота возрастного кризиса может значительно варьировать в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности, макро- и микросоциальных условий, педагогической системы в целом. Ряд исследователей считают возрастные кризисы нормативным процессом, необходимым элементом социализации, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (З. Фрейд, Э. Эриксон, Л. Выготский, Л. Божович). Другие авторы видят в возрастных кризисах девиантное, злокачественное проявление индивидуального развития (С. Л. Рубинштейн, А. В. Запорожец).

В отечественной психологии термин «возрастной кризис» был введен Л. С. Выготским и определен как целостное изменение личности ребенка, регулярно возникающее при смене стабильных периодов. По Выготскому, возрастной кризис обусловлен возникновением основных новообразований предшествующего стабильного периода, которые приводят к разрушению одной социальной ситуации развития и возникновению другой, адекватной новому психологическому облику ребенка. Механизм смены социальных ситуаций составляет психологическое содержание возрастного кризиса.

Поведенческие критерии возрастного кризиса — трудновоспитуемость, упрямство, негативизм — Выготский считал необходимыми и выражающими единство негативной (деструктивной) и позитивной (конструктивной) сторон кризиса. Д. Б. Эльконин полагал, что эмансипация от взрослого, составляющая основу любого возрастного кризиса, служит основой качественно нового типа связи со взрослым. Возрастные кризисы являются необходимыми и закономерными, включая и характерные негативные черты поведения. Выраженное негативное отношение к «старой» социальной ситуации в определенной мере обеспечивает полноту готовности действовать в новой социальной ситуации развития.

По сравнению с кризисами детского и подросткового периодов кризисы зрелых периодов жизни и старости изучены хуже. Такие поворотные пункты в развитии взрослого человека возникают значительно реже. При этом перестройки смысловых структур сознания и переориентация на новые жизненные задачи, ведущие к смене характера деятельности, происходят более скрыто (Э. Эриксон. Ш. Бюлер, П. Жане).

Травматические кризисы

Травматические кризисы возникают в ответ на психотравмирующую ситуацию и зависят от ее личностной оценки и степени субъективной значимости. Существуют также определенные личностные предиспозиции к кризисным реакциям (А. Амбрумова), которые могут проявляться в форме острой реакции на непредвиденное несчастье, трагическую потерю или невосполнимый ущерб. К наиболее брутальным острым психологическим реакциям относится суицид. К травматическим кризисам относят: кризис лишения, экзистенциальный кризис.

Кризис утраты

Кризис утраты — кризис, связанный с утратой близкого человека (семьи, здоровья, работы, свободы). Переживание этого кризиса описывается картиной острого горя Линдемана. Реакция на утрату особенно тяжела, если отношения с утраченным лицом были плохими. Кризис

лишения переживается как частичная утрата самого себя, утрата части собственной личности, состоящей из значимого другого.

Переживание кризиса

Психологические особенности переживания кризиса раскрыты в монографии Ф. Василюка «Психология переживания». По мнению автора, главной особенностью этого процесса является то, что человек всегда сам и только сам может пережить события, обстоятельства и изменения своей жизни, породившие кризис. Никто за него этого сделать не может, как не может самый искушенный учитель понять за своего ученика объясняемый материал. Но процессом переживания можно в какой-то степени управлять — стимулировать его, организовывать, направлять, обеспечивать благоприятные для него условия, стремясь к тому, чтобы этот процесс вел к росту и совершенствованию личности или, по крайней мере, не шел патологическим или социально неприемлемым путем, таким, как алкоголизм, наркомания, токсикомания, формирование лекарственной зависимости, невротизация, психопатизация, суицидальное поведение или гомицид.

Термин «переживание» используется при этом автором для обозначения особой внутренней деятельности, внутренней работы, с помощью которой человеку удается перенести те или иные жизненные события, восстановить утраченное душевное равновесие, словом, справиться с критической ситуацией. Речь идет о некотором активном, результативном внутреннем процессе, реально преобразующем психологическую ситуацию, о переживании деятельности.

Переживание в психологии понимается как непосредственная внутренняя субъективная данность психического явления в отличие от его содержания и модальности. Так, например, в ситуации смерти близкого человека любое предметно-практическое действие оказывается бессильным. Но так же бессильно и психическое отражение, как рациональное, так и эмоциональное. Эмоция, коль скоро она является особым отражением, может только выразить субъективный смысл ситуации, предоставив человеку возможность рационально осознать его смысл, предполагающийся наличным до и независимо от этого выражения и осознания. Иначе говоря, эмоция только констатирует отношение между «бытием и долженствованием», но не властна изменить его.

Специфика деятельности переживания определяется в первую очередь особенностями жизненных ситуаций, ставящих субъекта перед необходимостью переживания. Такие ситуации можно назвать критическими. Критическая ситуация — это ситуация невозможности: невозможности жить, реализовывать внутреннюю необходимость

своей жизни. В ситуации невозможности (бессмысленности) перед человеком в той или иной форме встает «задача на смысл». Если на уровне бытия переживание — это восстановление реализации внутренних необходимостей жизни, а на уровне сознания — обретение осмысленности, то в рамках отношения сознания к бытию работа переживания состоит в достижении смыслового соответствия сознания и бытия, что в отнесенности к бытию суть обеспечение его смыслом, а в отнесенности к сознанию — смысловое принятие им бытия.

Необходимость в переживании возникает как раз в таких ситуациях, которые не могут быть непосредственно разрешены практической деятельностью. Продукт работы переживания всегда есть нечто внутреннее и субъективное — душевное равновесие, осмысленность, умиротворенность, новое ценностное сознание.

В процессе переживания существуют его отдельные частные аспекты, которые в литературе обозначаются понятиями «психологическая защита», «компенсация», «совладаюшее поведение». В качестве терминов, близких понятию «кризис», используются такие термины, как «стресс», «конфликт», «фрустрация», «психическая травма».

ГЛАВА 8.
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

8.1. Личностные проблемы и суицидальное поведение

Проблема суицидального поведения традиционно привлекает внимание общества и исследователей. В общественном сознании самоубийство принадлежит к тем сложным явлениям жизни, которые вызывают к себе двойственное отношение. С одной стороны, человек, покончивший с собой, вызывает жалость, сострадание к пережитой им муке. С другой — сам факт суицида вызывает неприятие, осуждение как грех и даже преступление. Близкие часто хотят скрыть этот страшный факт, церковь отказывает самоубийце в христианском погребении. Как отмечает Н. Бердяев, «можно сочувствовать самоубийце, но нельзя сочувствовать самоубийству». Самоубийство часто рассматривается как насилие не только над жизнью, но и над смертью.

Обычно считают, что самоубийства совершается людьми с нарушенной психикой. Однако это не так. Более 80% самоубийц — это практически здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. (По данным Московского НИИ психиатрии, на учете в психоневрологических диспансерах состояли около 20% суицидентов и только 8–9% нуждались в специализированной медицинской помощи).

В России в 1997 и 1998 гг. зафиксировано соответственно около 53 тыс. и более 50 тыс. самоубийств, что в 2–3 раза больше числа погибших от насильственных преступлений. Соотношение «суицид — попытка» составляет 1:10, т. е. 1 завершенный суицид приходится примерно на 10 попыток. Следовательно, у нас в стране ежегодно до полумиллиона человек пытаются покончить жизнь самоубийством.

Каковы причины такого поведения? В рамках анатомо-антропологического, социологического, психиатрического и психологического подходов разработаны различные представления о детерминации самоубийств.

Представители *анатомо-антропологической концепции* среди основных причин самоубийства рассматривают неблагоприятную наследственность (А. Крюков, И. Леонов, Ч. Ломброзо и др.). Социологическая

концепция (М. Гернет, Э. Дюркгейм, П. Сорокин и др.) главные причины самоубийства усматривает в социально-политических и экономических факторах (нарушение адаптации личности в обществе, воздействие на личность социальных норм).

Психопатологическая концепция (И. Гвоздев, Д. Эскироль и др.) указывает на взаимосвязь психических нарушений с самоубийствами. Исследования психологов и психиатров (Л. Бэллак, Н. Конончук, А. Ратинов, О. Ситковская, С. Семичев) выявили наличие связей между характерологическими чертами личности и склонностью к суицидальным действиям в кризисных ситуациях.

В рамках психологического подхода суицидальное поведение рассматривается как следствие дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта (А. Г. Амбрумова).

В целом можно утверждать, что суицидальное поведение зависит от ряда факторов, которые могут быть разделены на внутренние и внешние.

Внутренними факторами суицидального поведения являются индивидуальные особенности личности суицидента (характер, психофизическое, эмоциональное состояние и др.), повышающие риск суицида, образующие внутреннюю среду для отражения внешних факторов, а также являющиеся побудителями такого поведения в суицидогенной ситуации.

К внешним факторам относятся: микросоциальные условия биографического характера, прежде всего семейного воспитания; межличностные отношения в референтной группе (семейной, дружеской или профессиональной); дезадаптирующие объективные факторы деятельности (экстремальность, ответственность и т. д.). Некоторые внешние факторы являются причинами суицида, потому что имеют для человека особый кризисный психологический смысл.

Суицидальное поведение является деструктивным способом решения проблемной конфликтной ситуации. Суицид возникает обычно в критической ситуации столкновения личности с препятствиями на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей. К суициду ведут следующие условия:

- обусловленные спецификой трудовой деятельности и межличностного взаимодействия: неудачи в выполнении конкретных задач, межличностные конфликты с коллегами по работе, служебные конфликты с начальниками или подчиненными;
- обусловленные спецификой семейных взаимоотношений: неразделенная любовь, измена любимого человека, развод, тяжелая болезнь или смерть близких;

- связанные с антисоциальным поведением человека: страх уголовной ответственности; боязнь позора;
- обусловленные состоянием здоровья: психические заболевания; хронические соматические заболевания; физические недостатки (дефекты речи, особенности внешности, воспринимаемые как недостаток), половая несостоятельность;
- обусловленные материально-бытовыми трудностями.

Суицидальное поведение строится на основе межличностного или внутриличностного конфликта. Для этого необходима особая личностная предрасположенность, вследствие которой индивид оказывается не в состоянии справиться с актуальной проблемой.

Склонностью к неадаптивному поведению обладают личности с акцентуированными и психопатическими чертами характера. Исследования показывают, что 30% суицидентов воспитывались в неблагополучных семьях, у 27,4% среди ближайших родственников были самоубийцы (девиантное поведение как одна из моделей выхода из трудной ситуации) и около 16% уже пытались покончить с собой (А. Боенко).

8.2. Суицид как деструктивный способ выхода из внутриличностного конфликта

Суицидальное поведение имеет внешний и внутренний планы, которые в единстве образуют относительно устойчивую, целостную и типологически своеобразную структуру, отражающую индивидуальность суицидента и тип его личностного кризиса.

Психологическая структура суицидального поведения представляет собой взаимосвязь мотивационных, аффективных (эмоциональных), ориентировочных и исполнительных компонентов деятельности и общения личности в кризисных условиях.

1. *Мотивационный компонент.* Выделяют пять типов ведущих мотивов (или суицидального поведения):

- протест;
- призыв к состраданию;
- избегание душевных или физических страданий;
- самонаказание;
- отказ от жизни как капитуляция.

Тип суицидального поведения зависит от возраста, типа личности суицидента, а также от ситуации, спровоцировавшей суицид.

В молодом возрасте (от 18 до 30 лет) преобладают протестные и призывные формы суицидального поведения. В более пожилом

(после 45 лет) преобладают суициды типа избегания страдания, самонаказания и отказа. Протестное и призывное суицидальное поведение часто встречается у лиц с инфантильным складом, которым присущи эгоцентризм, негативизм, эмоциональная неустойчивость.

2. *Аффективный компонент* включает относительно устойчивые суицидальные эмоциональные переживания, отражающие уровень значимости кризисной ситуации. К ним относятся:

- устойчивые депрессии;
- фрустрации (крах надежд) большой интенсивности,
- переживания непереносимости тягостного ожидания негативных последствий совершенного проступка, тревоги перед потерей статуса и т. п.

3. *Ориентировочный компонент* представляет собой блок познавательной деятельности по анализу кризисной ситуации, принятию решения о самоубийстве и совершению соответствующих действий.

4. *Исполнительный компонент.* Проявляется в форме суицидальных высказываний или же суицидальных действий. Они приводят либо к суициду, либо к попытке его совершить.

Динамика суицидального выхода из внутриличностного конфликта включает предпозиционный и суицидальный этапы. *Предпозиционный этап* определяется крайне высокой психической напряженностью суицидента, его повышенной активностью по выходу из сложившегося внутриличностного конфликта. По мере того как исчерпываются варианты разрешения конфликта, порождается мысль о его абсолютной неразрешимости.

Истощение психологической защиты снижает порог чувствительности к раздражителям. Самоубийцы ощущают невыносимость существования в сложившихся условиях; у них появляется отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве еще блокируются механизмом защиты. Базовые жизненные потребности еще сохраняются.

Суицидальный этап. Переходу к нему способствует дополнительная психотравматизация. На этом фоне возникают мысли о самоубийстве, а позднее — и обдумывание способа суицида. Суицидальный период длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Существует демонстративно-шантажное суицидальное поведение. Его смысл состоит в оказании психологического давления на окружающих с целью изменения трудной ситуации в благоприятную для себя сторону. Человек понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и предпринимает для этого меры предосторожности. Поэтому демонстративно-шантажное суицидальное поведение отличается особой структурой и динамикой.

Мотивационная сфера. Сохраняются мотивы сохранения жизни, сильны мотивы избежания трудностей. Отсутствует поиск конструктивных форм социального поведения. Сильна мотивация наказания обидчика любой ценой, привлечения внимания окружающих к своим трудностям.

Аффективная сфера. Инфантильное чувство жалости к себе, переживание обиды и ненависти к фрустрировавшим обстоятельствам, негативное отношение к необходимости принять самостоятельное решение.

Ориентировочная сфера. Оценка своих возможностей как недостаточных приводит к выводу о необходимости привлечь внимание окружающих к решению своих проблем путем суицида. Время, условия и средства суицидальной попытки оцениваются с позиции ее безусловной безопасности. Определяется круг потенциальных «спасителей».

Исполнительная сфера. Демонстративный характер проявляется в высказываниях угрожающего суицидального плана. Воздействие на окружающих оказывается жестикуляцией, мимикой и позой. Суицидальная попытка носит организованный характер, отвечающий разработанному с точки зрения безопасности плану.

8.3. Профилактика суицидов

Конкретные формы оказания неотложной кризисной помощи зависят от ситуации, но в большинстве своем включают следующие этапы:

1. Исходя из того, что самосознание суицидента отличается эгоцентризмом (человек погружен в свои мучительные страдания), психотерапевтическая работа с ним на начальном этапе требует директивного стиля. Необходимо дать анализ кризисной ситуации, конкретные рекомендации, убедив клиента в том, что их нужно выполнять. В силу дезадаптации инфантилизма пациент сам ищет руководства, хочет быть «ведомым». Когда наметился выход из кризиса, необходимо сменить позицию на недирективную, иначе у пациента может появиться соблазн «снять с себя» ответственность, переложить на вас заботу о разрешении его жизненных проблем.

2. Для снижения аутоагрессии необходимо разрушить крайне негативное отношение самоубийцы к самому себе. Для этого ему надо помочь вспомнить те моменты, когда он в противоположность теперешнему состоянию проявлял решительность, силу воли, добивался успеха. (Нужно обратить внимание на положительные свойства его личности.

Это поможет преодолеть и связанное с аутоагрессией переживание чувства вины по отношению к близким людям.)

3. В первой беседе с суицидентом надо убедить его пока не решать стоящий перед ним вопрос о жизни, о прекращении борьбы и др. Такая стратегия направлена на разрушение пессимистической личностной установки на перспективы выхода из кризиса. Не следует опровергать любую позицию пациента. Это может вызвать протест и недоверие. Необходимо предоставить самоубийце возможность ослабить эмоциональное напряжение, болезненные переживания (посредством длительного рассказа о своей жизни, о причинах кризисной ситуации. Основная роль здесь сводится к доверительной позиции сочувственного понимания. В ходе рациональной терапии больному помогают проанализировать его кризисную ситуацию (из-за дезадаптации ему трудно это сделать самостоятельно). Цель анализа — получить информацию и поколебать пессимистическую установку, показать ее беспочвенность. Здесь может помочь уверенная, оптимистическая позиция слушающего).

4. Наиболее сложной для коррекции является паранойяльность суицидента. Почти все суициденты обнаруживают паранойяльность не как свойство характера, а как характеристику суицидального состояния. Поэтому важна работа по переключению внимания, мыслей и действий человека с мучительной проблемы, которая носит для него сверхценный характер, на другие вопросы, мотивы, ценности. Они должны обладать положительной эмоциональной окраской. Состояние дезадаптации может явиться и благоприятным фоном для расшатывания «сверхценных образований», для их коррекции. Оно может сделать людей более внушаемыми, что позволит применять гипносуггестивные методы.

5. Надо выделить ведущий мотив суицидального поведения. Это дает ключ к выбору форм психотерапевтического воздействия, к прогнозу сроков выхода из кризиса. По-разному следует оценивать личность суицидента и оказывать помощь, если мы имеем дело с суицидальной реакцией протеста или с реакцией капитуляции перед жизнью, когда почти полностью подавлены витальные мотивы. Тут нужна аналитическая работа, поскольку сам пациент плохо осознает истинный мотив собственного суицидального поведения.

ГЛАВА 9. ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ И ТЕХНИКИ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ

9.1. Психологические защиты

Психологи, изучающие жизненный путь человека, обнаружили, что на каждом этапе жизни есть свои трудные проблемы и тяжелые события, с которыми он (с большим или меньшим успехом) справляется самостоятельно.

В ходе наблюдений и специально проведенных исследований были выделены различные психологические стратегии, которые люди используют для преодоления жизненных ситуаций различной степени сложности.

В условиях, когда внешние воздействия резко нарушают жизненное пространство человека и он воспринимает их как опасность, угрозу своему Я и всему, что он считает своим (своей жизни, целостности, ценностям, значимым отношениям, дорогим для него вещам), или как катастрофу, автоматическим ответом психики может стать психологическая защита.

Функции психологической защиты

В соответствии со своими теоретическими позициями исследователи толкуют функции психологической защиты по-разному. Психоаналитики считают, что защиты и, соответственно, защитное поведение нацелены «на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и устойчивости Я», «на защиту от ситуаций, порождающих возбуждение, которое нарушает душевное равновесие, и неприятных для Я» (З. Фрейд).

Представители гештальт-терапии усматривают эту функцию в уходе от стрессовых ситуаций при помощи искажения контакта с реальностью или его прерывания.

От чего защищают человека психологические защиты?

В психоаналитической литературе подробно исследованы девять наиболее распространенных, «классических» *способов психологической защиты:* регрессия, подавление, реактивные образования, изоляция, отрицание, обращение против себя, проекция, интроекция, реверсия.

При этом проводится мысль о «позитивном намерении» любого поведения, в том числе и защитного. От чего же защищают человека психологические защиты? От «рассогласованности поведения и амбивалентности чувств» (З. Фрейд), «болезненных содержаний» (Д. Адамс), угрозы распада образа Я, «ужаса растворения связного Я» (Д. Калшед), «дезинтеграции личности» (К. Домбровский).

Внешнеповеденческие проявления защит

Со времени открытия феномена психологической защиты (З. Фрейд) содержательное значение этого понятия значительно расширилось.

Так, в исследованиях по проблемам фрустрации, проведенных под руководством К. Левина, были экспериментально смоделированы ситуации фрустрации потребности, которые вызывали действие психологических защит. В результате были выявлены внешнеповеденческие проявления защит. Ими оказались:

а) нетерпеливость, напряжение — двигательное возбуждение, выражающееся в повышении напряжения мышц, беспокойстве пальцев, их сосании, кусании, жевании резинки;

б) деструктивность, выражающаяся в агрессивных действиях;

в) апатия, безучастное отношение к ситуации, равнодушие к событиям;

г) фантазирование о желаемом или отвлекающие грезы;

д) стереотипные формы поведения — более частое повторение одних и тех же действий, повседневных ритуалов;

е) регрессия — возврат к формам поведения, характерным для более раннего возраста. Эти поведенческие реакции — внешнее выражение психологических защит, но иногда сами эти действия могут иметь самостоятельное защитное значение.

Межличностные защиты

Со временем понятие «психологическая защита» приобрело столь широкую популярность, что стало употребляться в контекстах, мало связанных с психоанализом или совсем далеких от него. Особенно широкое хождение термин «психологическая защита» и исследование защитного поведения получили в рамках групповой психокоррекционной и тренинговой работы. Однако здесь значение понятия сильно отличается от психоаналитического, так как речь идет о *защитах межличностного характера.*

В качестве примера приведем результаты эмпирического обобщения опыта групповой работы, проведенного А. У. Харашем (1987). Этот исследователь выделил следующие виды межличностных защит: ролевая самоподача, псевдораскрытие, ненормативная защита. Основная

их цель — *защита самооценки человека* от изменений, которым ее подвергают (или могут подвергнуть) партнеры по общению в группе.

Расширяя или сужая список психологических защит, исследователи в основном едины: *защита* — это бессознательный механизм, основная функция которого — «снижение тревоги» (З. Фрейд), «бегство от реальности» (Э. Фромм), уход от стрессовых ситуаций *при помощи искажения контакта с реальностью или его прерывания*. Это фиксированная, негибкая стратегия реагирования на реальную или мнимую угрозу при помощи действия «автоматически включающегося» *механизма отчуждения* (от себя, от своих жизненных потенциалов, от других людей, от реальности жизни).

Следует отметить, что в течение жизни человек постоянно сталкивается с новыми требованиями, с которыми не всегда оказывается возможным справиться при помощи ранее усвоенных и привычных форм поведения. Бывает, что он не в состоянии взвесить все обстоятельства и выбрать то поведение, которое могло бы избавить его от неприятных переживаний, например, в случае конфликта. Разумеется, возникновение подобных проблем закономерно вызывает некое внутреннее напряжение, дискомфорт, зачастую не только мешающий конструктивному разрешению возникшей проблемы, но и дестабилизирующий личность в целом. Одним из средств избегания подобной перспективы является психологическая защита — специальная система стабилизации личности, ограждающая сферу сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. Термин «защита», который мы так свободно используем, является самым первым отражением динамической позиции в психоаналитической теории.

Впервые он появился в 1894 г. в работе Фрейда «Защитные нейропсихозы» и был использован в ряде его последующих работ («Этиология истерии», «Дальнейшие замечания о защитных нейропсихозах») для описания борьбы Я против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов. Позже этот термин был оставлен и впоследствии заменен термином «вытеснение». Отношения между двумя понятиями, однако, остались неопределенными. В приложении к работе «Торможения, симптомы и тревожность» Фрейд возвращается к старому понятию защиты, утверждая, что его применение имеет свои преимущества, «поскольку мы вводим его для общего обозначения всех техник, которые Я использует в конфликте и которые могут привести к неврозу, оставляя слово «вытеснение» для особого способа защиты, лучше всего изученного нами на начальном этапе наших исследований». Здесь прямо опровергается представление о том, что вытеснение занимает среди

психических процессов исключительное положение, и в психоаналитической теории отводится место другим процессам, служащим той же цели, а именно «защите Я от инстинктивных требований». Значение вытеснения сведено до «особого метода защиты».

Таким образом, личность, находящаяся в потоке бесконечных психических конфликтов и компромиссов, для поддержания необходимого уровня равновесия естественным и закономерным образом создает целый ряд защитных механизмов, основная причина формирования которых — тревога — происходит из переживания неспособности справиться с внутренними или внешними побуждениями. Защитные механизмы помогают справиться с этой тревогой, следовательно, речь идет о положительном действии психологической защиты и недопущении развития дезадаптации, которая проявляется в психосоматической патологии.

Вместе с тем рост и развитие психоаналитического движения с неизбежностью предполагает расширение и дополнение соответствующего терминологического аппарата. Однако в условиях отсутствия системной, универсальной концепции защиты это ведет к утрате единого понимания терминов и вызывает путаницу при их использовании в разных контекстах. Поэтому цель нашей работы состоит в том, чтобы определить место феномена психологической защиты и отношение к нему в современной психологической науке. Данная цель осуществляется через решение следующих задач: рассмотреть общие вопросы, связанные с проблемой психологической защиты; проанализировать понятие психологической защиты в контексте изменений и дополнений, произошедших в данной области психологической науки к настоящему времени.

Необходимо отметить, что изначально З. Фрейд наблюдал действие психологической защиты у людей с болезненными проявлениями. В его работе «Защитные нейропсихозы» она представлена как основная функция Эго, средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным, способ разрядки либидо в социально приемлемых формах деятельности. И, видимо, поэтому данный феномен стал рассматриваться как малоадаптивное явление, наносящее ущерб общему функционированию человека. В результате вполне закономерно было выдвинуто положение о необходимости ограничения интенсивности психологической защиты, а само понятие приобрело негативный оттенок.

Необходимо отметить, не смотря на то, что в последующих своих исследованиях З. Фрейд начинает связывать защиту с такими функциями психики, как уравновешивание, приспособление и регуляция, он говорит

о разделении нормальной и патологической защиты, подчеркивая тем самым не только отрицательные, но и положительные аспекты данного явления. Однако кардинального изменения отношения психологов к обсуждаемому феномену не произошло. И многие исследователи — например, Н. Хаан, — все так же продолжали отводить психологической защите место на отрицательном полюсе континуума, другому полюсу которого соответствует конструктивное разрешение ситуации (преодоление трудностей). Так, рассматривая с неофрейдистских позиций поведение молодых людей, связанное с преодолением трудностей, исследователь специально подчеркивала, что защита — «мера вынужденная, изолирующая, жесткая, искажающая интерсубъективную реальность и логику. Она лишь косвенно допускает выражение аффектов и основывается на ожидании того, что от страха можно избавиться и не занимаясь проблемой». Тогда как «преодоление трудностей предполагает наличие намерения, выбора и гибкого реагирования». Оно «подчинено интерсубъективной реальности и логике, допуская аффекты, требует уравновешенного их выражения». Таким образом, предполагалось, что любой психически здоровый человек, не фрустрированный неподдающимися разрешению проблемами, сначала прибегает к «здоровым» стратегиям преодоления трудностей. И лишь когда ситуация выходит за границы его возможностей, он обращается к защитным механизмам. Считается, что к этому моменту нарушается способность индивида к восприятию ситуации, вплоть до разрушения соответствующих программ поведения, основанных на прежнем опыте и когнитивных стратегиях, и он может только защищаться.

Мы не совсем согласны с этим мнением, поскольку если проблема есть, то она всегда изначально воспринимается как неподдающаяся решению (в этом собственно и состоит ее проблемность), и в связи с невозможностью ее моментального разрешения закономерно вызывает фрустрацию, внутренний дискомфорт. Если же фрустрации нет, следовательно, проблема таковой не является, и тогда пропадает необходимость не только в защите, но и в стратегиях преодоления трудностей.

Кроме того, столь неоднозначное отношение к феномену психологической защиты во многом обусловлено качественным различием в используемых защитных механизмах.

Конечно, иногда защитные механизмы применяются без учета реальной ситуации («на всякий случай») — тогда они мешают человеку осознать его важнейшие потребности, приводят к отказу от деятельности и могут вызвать формирование патологического характера (психопатия) или временного психического расстройства (невроз). Особенно опасно неоправданно частое и стереотипное применение древних, менее развитых защитных механизмов (табл. 13).

Таблица 13

Защитные механизмы в поведении человека (по З. Фрейду и А. Фрейд)

Название	Проявление в поведении
Менее развитые	
Избегание	Отказ от деятельности на том основании, что отсутствуют необходимые способности
Отрицание	Непререкаемый оптимизм, уверенность в отсутствии реальной угрозы или препятствия (наиболее выражено при маниакальном синдроме)
Регрессия	Появление более ранних, детских моделей поведения в ответ на стрессовую ситуацию (ярко выражена при истерических реактивных психозах, например при синдроме Ганзера)
Идентификация	Моделирование собственного поведения по образцу другого, более авторитетного человека (особенно выражена у демонстративных личностей)
Идеализация	Приписывание человеку или событию выдуманных безусловно хороших (или безусловно плохих) свойств
Более развитые	
Изоляция аффекта	Сильные чувства отделяются от вызвавших их стрессовых ситуаций
Расщепление (диссоциация)	Выделение в собственной психике признаков второй личности, которой и приписываются отрицательные мысли и поступки (чаще встречается у личностей истерического склада)
Вытеснение (репрессия)	Неосознанное «забывание» неприятных фактов и нереализованных потребностей, замещение их вполне достижимыми целями
Конверсия	Вариант вытеснения, при котором чувство тревоги и неудовлетворенности преобразуется в соматические, неврологические или психические расстройства по механизму самовнушения (является типичным механизмом возникновения соматических расстройств при истерии)
Обесценивание	Отрицание наличия каких-либо потребностей вообще, пессимизм, бездеятельность (характерно для депрессивного синдрома)
Рационализация	Вариант обесценивания, при котором логические рассуждения применяются для того, чтобы объяснить отсутствие потребности как таковой (часто наблюдается у лиц с развитым логическим, рациональным мышлением)

Замещение (фиксация тревоги)	Уменьшение чувства тревоги и неудовлетворенности, которое связывается с определенными ситуациями. В дальнейшем появляется ложное ощущение, что, избегая неприятных ситуаций, можно предотвратить возникновение тревоги (примером являются ритуалы и ограничительное поведение при неврозе навязчивых состояний)
Гиперкомпенсация (реактивное обучение)	Принятие чувств или совершение поступков, противоположных тем, что были вытеснены, с целью еще большего их подавления (например, приступы нелепого упрямства у тревожно-мнительных личностей)
Проекция (концептуализация)	Неприемлемые импульсы приписываются другим людям (так, например, формируются сверхценные идеи преследования у паранойяльных личностей)
Интеллектуализация	Замещение нежелательного импульса сложными логическими построениями, сопоставлениями (характерно для личностей шизоидного круга)
Развитые защитные механизмы	
Сублимация	Удовлетворение неприемлемой потребности в форме, которая поощряется обществом и приносит человеку истинное удовольствие, поскольку осуществленная цель нравственно выше первоначальной, нереализованной (например, воплощение сексуального влечения в художественном творчестве)
Подавление	Активное перенесение конфликта в область подсознания: чувства сдерживаются, но не теряют силы
Постоянные защиты («броня характера»)	Юмор, альтруизм, фантазии, ирония, постоянная улыбка, высокомерие, дерзость, аутизм

Стратегии преодоления трудностей обычно называют английским термином «coping», означающим «процесс конструктивного приспособления». Их действие основано на достаточно полном осознавании не только возникших трудностей, но и способов эффективного совладания с ситуацией данного типа. Именно при таких условиях реализации копинг-стратегий личность будет способна конструктивно справиться с предъявленными требованиями, что порождает чувство роста собственных возможностей и положительную самооценку. Защитные же механизмы действуют преимущественно на бессознательном уровне.

Но это, однако, не помешало некоторым исследователям причислять защитные факторы, или защитные техники, к особым формам стратегий преодоления трудностей. Для них защитные техники — это отрицание или отсрочка проблем, с которыми в данный момент невозможно справиться. При этом речь здесь идет не о патологии,

а о стратегии, вполне соответствующей психологической норме. Более того, путем рассуждений их причисляют к категории так называемых техник существования, то есть к таким средствам и методам, которые используются личностью для достижения желаемого состояния, причем задействуются не только когнитивные процессы, но и бессознательные механизмы.

В монографии «Психология "Я" и защитные механизмы», которая является классической работой по данной проблеме, А. Фрейд подчеркивает оберегающий характер защитных механизмов. Она указывает, что они предотвращают дезорганизацию и распад поведения, способствуют поддержанию нормального психического статуса личности и играют существенную роль в разрешении внешних конфликтов. Защитные механизмы, как и врожденные задатки, рассматриваются ею как продукт индивидуального опыта и непроизвольного научения, они указывают на уровень адаптированности личности. А. Фрейд дает первое определение понятия «защитные механизмы». «Защитные механизмы — это деятельность "Я", которая начинается, когда "Я" подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматично, не согласуясь с сознанием» (цит. по [14, с. 24]). Однако если известно, что защита включается бессознательно (когда сам конфликт еще не вполне осознан), то было бы закономерно предположить, что она опережает действие копинг-стратегий. Иными словами, любые конструктивные стратегии преодоления трудностей будут строиться уже на результатах функционирования защиты: под их действием у индивида появляется субъективное ощущение облегчения, которое, подобно эффекту «терапевтической паузы», дает ему возможность переосмыслить старую и простроить новую программу действий, направленных на решение стоящей перед ним проблемы.

Представители другой точки зрения, например, Ф. Е. Василюк, придерживаются точки зрения, что психозащита «пытается бороться против сложности не преодолением и разрешением, а иллюзорным упрощением и устранением». Данное положение может быть верно только в том случае, если считать основной целью психозащиты именно борьбу с проблемной ситуацией. Но в ракурсе наших размышлений защита небезосновательно рассматривается как положительно функционирующая система, призванная не разрешить непосредственно проблему, а лишь оградить сознание от дискомфорта, представляющего угрозу для мышления, направленного на решение проблемы в соответствии с отображаемой картиной ситуации. Для нас психологическая защита — это способ на время установить частичное душевное

равновесие с тем, чтобы собрать силы для реального преодоления возникших трудностей, а вовсе не механизм их непосредственного преодоления.

Похожее мнение выражает Н. Мак-Вильямс, которая считает, что «личность, чье поведение манифестирует защитный характер, бессознательно стремится выполнить одну или обе из следующих задач: 1) избежать или овладеть неким мощным угрожающим чувством — тревогой, иногда сильнейшим горем или другими дезорганизующими эмоциональными переживаниями; 2) сохранение самоуважения». Ни одна из вышеперечисленных задач, разумеется, не предполагает окончательного решения проблемы, а направлена исключительно на частичную редукцию напряжения. Иначе говоря, конфликт, от которого защищается личность, в любом случае останется, а снимется лишь напряжение, которым он сопровождается. При этом восстановление душевного равновесия вовсе не означает исчезновения мотивации к дальнейшему и окончательному разрешению проблемы путем создания необходимых копинг-стратегий. Ведь личность, как нам кажется, в этом случае все же частично отдает себе отчет в появлении некоторых изменений в своем состоянии, проявляющихся в некоей активности. Думается, что данная активность и будет являться поводом к продолжению процесса разрешения проблемной ситуации, кроме того, она же, скорее всего, может выступать и показателем относительной осознанности защитного процесса (вопреки исследователям, говорящим об исключительной его бессознательности).

Так и с нашей точки зрения, психологическая защита не способна разрешать сам конфликт, она может лишь скорректировать степень дискомфорта. В противном случае в организме, испытывающем напряжение, превышающее оптимум, происходит перегрузка, вследствие которой он уже не может конструктивно функционировать. Более того, действие психологической защиты создает возможность для мобилизации и переоценки личностью собственных сил, тогда как ее бездействие ведет к длительному сохранению состояния дискомфорта, в котором личность, вполне вероятно, окажется не способна пропустить в свое сознание никакой конструктивной информации, что отнюдь не способствует поддержанию здоровья. Напротив, это ослабляет личность настолько, что открывает дорогу множеству разрушительных факторов, в том числе и болезни.

Недаром еще Ф. Б. Бассин, которому принадлежит приоритет в постановке проблемы защиты в отечественной литературе, считал ее механизмом функционирования нормальной психики, который предупреждает возникновение разного рода расстройств. Это особая форма

психической активности, реализуемая в виде отдельных приемов переработки информации в целях сохранения целостности Я.

В тоже время современный исследователь Э. Киршбаум, вслед за Х. Шредером, утверждает, что в общем континууме психической регуляции защитные реакции все-таки представляют собой последний уровень совладания с экσквизитными ситуациями, уже имеющий характер прогрессирующей декомпенсации. Защитный вариант регуляции поведения направлен лишь на маскировку актуальной социальной недееспособности (в том числе и маскировку перед самим собой), на купирование тревоги, на вытеснение информации, противоречащей Я-концепции, и результативность такой стратегии мнима, облегчение иллюзорно и безрезультатно с точки зрения решения проблемы. Защита, как правило, разрешает ситуацию «сейчас», в результате чего использующий ее человек вовсе не переносит следствия своего облегченного решения проблемы на будущее.

Таким образом, психологическая защита рассматривается этими исследователями также как непосредственная попытка разрешить проблему, что на наш взгляд не совсем правильно. Мы согласны, что если психологическая защита выступает приемом борьбы с ситуацией, то это действительно является свидетельством слабого Я. В таком случае ее обязательно следует снимать и начинать непосредственную работу по преодолению проблемы. Но мы также утверждаем, что основная цель психологической защиты состоит отнюдь не в разрешении проблемы как таковой. Скорее всего, ее истинные цели состоят в предотвращении дестабилизации личности путем редукции напряжения и мобилизации на этой основе всех имеющихся у нее возможностей для борьбы с наступающей проблемой.

Поэтому можно согласиться с Н. Мак-Вильяме, по мнению которой «то, что мы у зрелых взрослых называем защитами, — не что иное, как глобальные, закономерные, здоровые, адаптивные способы переживания мира». Феномены, которые мы называем защитами, сопоставимы со здоровой, творческой адаптацией, в силу необходимости они действуют на протяжении всей жизни, однако задействуются не повсеместно. Кроме того, при правильном функционировании они играют существенную роль в сопротивлении, оказываемом организмом «болезни». Поэтому многие заболевания можно рассматривать в том числе и как неспособность создать механизмы психологической защиты в напряженных условиях жизни. Так, у хорошо психологически защищенных людей переработка патогенных воздействий с помощью защитных механизмов способствует формированию новых и более адекватных психологических установок личности, способствующих дальнейшему

разрешению проблемы. Психологически плохо защищенные люди в таком случае оказываются неспособны развить подобную защитную активность, что может иметь угрожающие последствия. В то же время если одних людей защита не ограждает даже от того, от чего надо было бы защищать, то других ограждает настолько прочно, что в психику не просачивается даже значимая для личностного развития информация. Видимо, именно поэтому В. К. Мягер [2] (как и З. Фрейд в свое время) предлагает различать патологические защиты (или неадекватные формы адаптации) и нормальную, профилактическую защиту, имеющую место в нашей повседневной жизни.

Об этом же писали В. Менинжер и М. Лиф: «Степень и уровень, на котором они (защиты) используются, и составляют действительную разницу между здоровьем и болезнью. Причем это дело исключительно количества, а не качества». А следовательно, необходимо четко разграничивать здоровую и нездоровую (патологическую) степень функционирования психологической защиты. В этом случае нам может помочь характеристика патологической реакции, данная А. Е. Личко. Согласно его концепции, патологическая реакция отличается от нормального поведения следующими признаками:

1) склонностью к генерализации, т. е. способностью возникать в самых разных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами;

2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа;

3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведения;

4) склонностью приводить к социальной дезадаптации.

Как нам кажется, подобные признаки можно отнести и к психологической защите. Только в том случае, если ее использование переходит границы нормы, т. е. защита начинает выступать основой поведения, приобретает свойство патологического стереотипа, становится ригидной, она мешает здоровому функционированию.

Таким образом, все больше исследователей склоняется к выводу, что функциональное назначение психологической защиты несет положительную окраску и заключается именно в ослаблении внутриличностных конфликтов (напряжения), а не в непосредственном разрешении ситуации.

Подводя итоги, можно отметить, что мы согласны с мнением Н. Мак-Вильямс о том, что во многих отношениях неудачен именно термин «защита», используемый в рамках психоаналитической теории. Сам же феномен, безусловно, имеет множество полезных функций и является нормальным, постоянно используемым психологическим механизмом. Во избежание недоразумений остается лишь

договориться о смысле, который вкладывается в данное понятие. Это особенно важно, ибо то, что данная область психологической науки до сих пор является предметом множества споров, несомненно, указывает на ее огромную значимость как для теории, так и для практики.

Разумеется, проведенный анализ нельзя считать исчерпывающим. Мы рассмотрели и проанализировали лишь небольшую часть материала, накопленного по рассматриваемой проблеме. И необходимо еще не одно исследование подобного рода для того, чтобы можно было сделать окончательные выводы (а может быть, и вызвать дополнительные вопросы). Но хочется верить, что в масштабах данной статьи нам удалось не только обрисовать основные трудности, возникающие в связи с терминологической неоднозначностью рассматриваемого феномена в целом, но и подчеркнуть его огромную значимость для психологической науки, что в свою очередь может способствовать проведению подобного рода аналитических обзоров и в дальнейшем. Актуализация интереса исследователей к проблеме психологической защиты позволит нам считать поставленную нами цель реализованной полностью.

9.2. Совладание

Во второй половине XX столетия на смену увлечению психологов-исследователей и практиков проблемой психологических защит пришел интерес к проблеме «совладания». На сегодняшний день исследование стратегий совладания — одно из наиболее востребованных направлений прикладной психологии.

Понятие *совладение* — калька с английского «coping with» (преодоление, совладание). Оно означает использование воли человека в ситуации, которая предполагает сконцентрированность и контроль над собой, т. е. над своими мыслями, желаниями, чувствами и т. д. В ставшем классическим определении Р. Лазаруса и С. Фолкмана *совладание с жизненными трудностями* трактуется как «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними или внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы».

Цель совладания — такое приспособление к действительности, которое позволяет человеку удовлетворить свои жизненные потребности. Исследователи описывают «удачное» совладающее поведение

как повышающее адаптивные возможности субъекта (Lazarus R., Folkman S., 1984). Оно в достаточной мере реалистичное, гибкое, активное. В отличие от психологических защит, совладание по большей части является сознаваемым поведением. Оно включает в себя произвольный выбор и служит средством устранения или компенсации помех в достижении цели и/или самореализации.

В настоящее время проблеме совладания с трудными жизненными ситуациями посвящено большое количество эмпирических и теоретических исследований, где утверждается, что выбираемые человеком для совладания с тяжелыми условиями «техники» жизни (термин Х. Томэ) обусловлены как личностными характеристиками, так и уровнем психотравмирующего воздействия трудной ситуации.

В совладании принято различать более активный вариант — преодоление и более пассивный — приспособление.

Преодоление — это стратегия преобразования трудных жизненных ситуаций посредством материальных или символических действий (коммуникации, язык) в пространстве внешнего мира. Цель преодоления — привести мир в соответствие со своими жизненными потребностями. Используя стратегию преодоления, человек активно действует во внешнем мире. Он «разрешает проблему» или преобразует трудную жизненную ситуацию в процессе предметно-практической или познавательной деятельности. Действия человека здесь ориентированы на достижение, на успех, на практическое изменение трудной ситуации. Все они связаны с усилием и затратой энергии. Они предполагают высокий уровень саморегуляции, поиск информации, интенсивные раздумья, вовлечение других людей в орбиту своих действий.

Для *преодолевающего* поведения свойственны четко поставленная цель и сознательные рациональные способы, которые позволяют преодолеть трудности и справиться с возникающей в связи с этими трудностями тревогой. Подтверждение этому мы находим в многочисленных исследованиях по адаптации.

Так, создатель «теории культурного шока» антрополог К. Оберг считает, что преодолевающее поведение — наиболее важное условие успешной адаптации к инокультурной среде. По данным проведенного им и его сотрудниками цикла эмпирических исследований, при переезде в другую страну быстрее адаптируются люди, уверенные в себе, активно действующие, открытые для общения с местными жителями.

В трудной для россиян ситуации адаптации к стремительным социальным изменениям активизация преодолевающего поведения

(изменение объективных аспектов ситуации) оказалась более эффективной, чем стратегия «приспособления себя к обстоятельствам». Правда, для такой успешности одного преодолевающего поведения недостаточно. Оно должно сочетаться с онтологической уверенностью и особым личностным качеством, которое в англоязычной литературе обозначается понятием «сейнворинг» (на русский язык можно перевести как «упоение жизнью», способность наслаждаться разнообразием жизни, в том числе и ее опасностями, воодушевляющая установка на позитивный исход).

Однако стратегия преодоления имеет свои ограничения. Если говорить о *внешних* ограничениях, то данная стратегия эффективна лишь для тех трудных ситуаций, которые возможно разрешить в ходе предметно-практической деятельности (ранее мы определили их как ситуации первого типа). Для ситуаций второго типа преодоление непригодно. К примеру, его бесполезно использовать при утрате близкого человека.

Если же говорить о *внутренних* ограничениях, то для использования этой стратегии необходимо обладать определенными личностными особенностями. И прежде всего — личностной зрелостью, уверенностью в себе и способностью принимать жизненные трудности как вызов, как возможность испытать свои силы.

Приспособление — это стратегия совладания, направленная на изменение человеком собственных характеристик и/или своего отношения к ситуации. В отличие от преодоления, она пассивна.

Приспособление может быть как основной, так и вспомогательной стратегией совладающего поведения. Одни люди начинают применять ее сразу, как только определяют ситуацию как трудную для себя, другие прибегают к приспособлению лишь после того, как стратегия преодоления не приносит желаемых результатов.

В научной литературе широко обсуждается проблема «успешности» и «неуспешности» совладания с трудной жизненной ситуацией. К «неудачным» исследователи, как правило, относят психологические защиты, а к удачным — совладание.

Приведем сопоставимый анализ «удачных» и «неудачных» переживаний, проведенный Ф. Е. Василюком (табл. 14).

Отдав должное «большей успешности» совладания, обратим внимание на то, что при помощи этой стратегии поведения возможно так или иначе пережить лишь те трудные ситуации, которые могут быть преобразованы посредством предметно-практической деятельности — ситуации первого типа.

Таблица14

Характеристика процессов переживания

Характеристики	Психологическая защита	Совладание
Основные цели	Устранение, предотвращение или смягчение неудовольствия	Приспособление к действительности, позволяющее удовлетворить потребности
Характер протекания:		
1. Произвольность, сознательность	Вынужденные, автоматические, большей частью неосознаваемые и ригидные процессы	Целенаправленные, во многом осознаваемые и гибкие процессы
2. Отношение к внешней и внутренней реальности	Отрицание, искажение, сокрытие от себя реальности, бегство от нее, самообман	Ориентация на признание и принятие реальности, активное исследование реальной ситуации (рефлексия)
3. Дифферсицированность	Формы поведения, не учитывающие целостной ситуации, действия «напролом»	Реалистический учет целостной ситуации, умение пожертвовать частным и сиюминутным. Способность разбивать всю проблему на мелкие, потенциально разрешимые задачи
4. Отношение к помощи в ходе переживания	Либо отсутствие поиска помощи и отвержение предлагаемой помощи, либо стремление все возложить на помогающего, самоустранившись от решения собственных проблем	Активный поиск и принятие помощи
Результат, следствия и функции	Иногда невроз. Частное улучшение (например, локальное снижение напряжения, субъективная интеграция поведения, устранение неприятных или болезненных ощущений) ценой ухудшения всей ситуации, регресса, объективной дезинтеграции поведения. Спасает от потрясения, предоставляет человеку время для подготовки других, более эффективных способов переживания	Обеспечивает упорядоченное, контролируемое удовлетворение потребностей и импульсов. Удерживает субъекта от регресса, ведет к накоплению индивидуального опыта совладания с жизненными проблемами

Однако даже самым совершенным предметно-практическим действием или рациональной познавательной деятельностью нельзя преобразовать ситуации утраты близкого человека, старения, неизлечимой болезни ребенка, унизительной дедовщины в армейских подразделениях или жестокого бойкота человека группой (вспомните, к примеру, жизненную ситуацию героини известного кинофильма «Чучело») и многие другие. Из этих ситуаций невозможно выйти, их нельзя «исправить», в них невозможно поставить (и достичь!) «четкую, реально достижимую цель». Их можно только пережить, осуществляя в процессе переживания «перестройку мира в себе» и себя в мире.

9.3. Переживание

Каждая из названных выше ситуаций относится к трудным жизненным ситуациям второго типа — ситуациям, когда уже нельзя что-либо изменить во внешнем мире. Их сущностной характеристикой является невозможность жить и реализовывать внутренние необходимости своей жизни — свои основные потребности, установки, ценности при помощи имеющихся у человека способов действия. В таких ситуациях происходит нарушение непрерывности внутреннего существования человека, целостности душевной жизни, которое приводит к жизненному кризису или «слому».

Помимо внутреннего разлада, разрушения целостности и душевной гармонии, эти ситуации характеризуются еще одним важным признаком — *необратимостью*, окончательностью. После прохождения через такую ситуацию человек уже никогда не сможет жить так, как жил до нее. Неслучайно Л. С. Выготский приравнивал их к смерти.

В ситуациях второго типа необходим иной, «эмоциональный» (В. К. Вилюнас) способ разрешения трудной ситуации — переживание. Именно оно становится ведущей и наиболее продуктивной для человека стратегией в ситуациях, когда ничего сделать нельзя, когда преобразования во внешнем мире невозможны. *Переживание* — это особая *внутренняя деятельность* по преодолению жизненных событий, которые разрывают поступательное движение жизни и не могут быть разрешены с помощью предметно-практических действий. Для их разрешения нужна иная деятельность (Ф. Е. Василюк называет ее «переживанием»), смысл которой — *восстановить функциональное равновесие жизни.* Это преобразования, которые осуществляются во внутреннем

психологическом мире человека, находящегося в жизненном кризисе, «спровоцированном» трудной, а особенно экстремальной ситуацией.

Переживание — это особая работа по *перестройке внутреннего психического мира,* направленная на установление смыслового соотношения между сознанием и бытием. Общей целью работы переживания является повышение осмысленности жизни, «пересоздание», реконструкция человеком собственного образа мира как мифа о себе, других, мире в целом в пространстве и времени его жизни.

Таким образом, можно утверждать, что человек прибегает к переживанию в особых жизненных ситуациях, которые неразрешимы процессами предметно-практической и познавательной деятельности. В ситуациях, которые невозможно преодолеть и от которых человек не может уйти. Это система смысловых действий, позволяющих переосмыслить разного рода новую жизненную ситуацию и обеспечить выстраивание нового варианта жизненного пути, обеспечить развитие личности в его ходе. Переживание — это некая восстановительная работа, которая позволяет преодолеть внутренний разрыв жизни, помогает обрести психологическую возможность жить.

Можно охарактеризовать переживание и как «возрождение» (из боли, из бесчувствия, из состояния безнадежности, бессмысленности, отчаяния). В предельно абстрактном понимании это борьба против невозможности жить, против смерти внутри жизни. Психологическим содержанием этого процесса (а следовательно, и основной задачей психологической помощи) является возрождение полноценной «работы» базового механизма бытия и развития личности, «идентификация-обособление», а затем — реконструкция субъективного образа мира личности (в первую очередь, переидентификация, создание нового образа Я, принятие бытия и себя в нем).

Конечно, переживание может реализоваться и внешними действиями (в этом случае они нередко носят ритуально-символический характер, к примеру: перечитывание писем умершего человека, установление памятника на его могиле, встречи ветеранов в годовщину сражений и т. д.). Но основные изменения происходят прежде всего в сознании человека, в его внутреннем пространстве (горевание, пересмотр жизни и осознание вклада ушедшего в свою жизнь и др.).

В длительном переживании можно наблюдать применение большого количества средств и стратегий, постепенно сменяющих друг друга. Сначала, как правило, это те или иные психологические защиты (избегание, отчуждение, вытеснение и т. п.). В острой фазе — отрицание. Шаг за шагом человек приходит к признанию, достаточно полному пониманию (осознанию) своей ситуации и ее принятию.

9.4. Техники поведения в трудных жизненных ситуациях

Основные техники и приемы совладания

Мы охарактеризовали основные стратегии поведения человека в трудных жизненных ситуациях. Теперь перейдем к рассмотрению техник поведения, которые люди наиболее часто используют в трудных ситуациях. Основные техники и приемы можно объединить по выделенным нами стратегиям преобразования трудных жизненных ситуаций: защиты, совладание (преодоление и приспособление) и переживание.

Приемы защиты чаще всего включают в особую группу *неадаптивных реакций на трудности:* безропотное смирение, подавленность, депрессия, а также избегание тяжелых ситуаций, подавление мыслей об источнике трудности. Именно защиты лежат в основе самопоражающего поведения — наркомании, алкоголизма, суицида, депрессии. Однако депрессия, подавленность или употребление транквилизаторов не могут считаться приемами преодоления трудностей, так как все они способствуют сохранению прежней ситуации.

Преодоление — это действия, ориентированные на достижение, на успех, на изменение практической трудной ситуации. Они связаны с усилием и затратой энергии; предполагают высокий уровень саморегуляции, поиск информации, интенсивные раздумья, вовлечение в орбиту своих действий других людей.

Активно преобразуя любую трудную ситуацию, личность значительно изменяется, но изменения эти обычно непреднамеренны и неосознаваемы. Однако порой жизнь ставит личность в такие ситуации, когда только намеренное изменение ею своих особенностей может привести к благополучию. В этом случае изменение собственных характеристик и отношений к ситуации становится основной стратегией или входит составной частью в иные стратегии. Изменить себя, не изменяя себе, — задача трудная, и человек вряд ли справился бы с ней, если бы у него мотивация приспособления была менее мощной, чем побуждение изменить мир.

Приемы приспособления

Приспособление к институционным аспектам ситуации (социальным нормам, общественным установкам, правилам деловых отношений и т. д.). Овладев этой техникой, человек легко входит в мир права, морали, культуры, труда, семейных отношений. В обычных социальных условиях эта техника, несомненно, является предпосылкой успешности. К примеру, она помогает при адаптации к новым условиям работы или в случае, когда молодожены вынуждены жить

с родителями мужа или жены и т. п. Однако техника имеет свои ограничения: она зачастую не срабатывает в ситуации социальных потрясений, когда резко изменяется образ жизни страны (старые правила уже не действуют, а новые еще не сложились).

Приспособление к своеобразию и потребностям других людей может иметь большое значение в ситуации социальных потрясений. Исследования показали, что данной техникой чаще всего пользуются в кризисные периоды развития общества. Неслучайно ее используют те, кто пережил тяготы Второй мировой войны и послевоенного времени. Близка к ней еще одна техника приспособления — *забота об установлении и поддержании социальных контактов.*

Принять на себя роль и вести себя в соответствии с нею. Этот прием люди используют в таких ситуациях, когда источником трудностей и тягостных переживаний становятся их собственные личностные свойства (к примеру, застенчивость или неуверенность в себе, не позволяющие успешно адаптироваться к новым условиям работы, обратиться за помощью и т. д.).

В основе этого приема лежит сознательное использование механизма идентификации. Человек находит модель для подражания (это может быть знакомый, обладающий этим недостающим качеством, герой кинофильма или книги, олицетворяющий уверенность) и в трудной ситуации принимает на себя роль этого персонажа: начинает иначе двигаться, по-другому говорить и даже по-другому себя чувствовать. Поскольку он не полностью отождествляет себя с выбранной ролью, а лишь «играет ее», то все свои промахи и неловкость относит не к себе, а к выбранному персонажу. Это помогает не чувствовать смущения, не снижать при неудаче самооценку и быть более свободным от мнения окружающих.

Исследования показали, что при удачном выборе роли ее исполнение помогает совладать с трудной ситуацией общения, вызывает заметные изменения не только в поведении, но и в личных установках и ценностях. При этом *приобретается гибкость,* и не роль овладевает личностью, а личность — ролью, используя роль как инструмент, как средство для перестройки своего поведения в различных ситуациях.

Распространенной формой приспособительного поведения часто выступает *идентификация с более удачливыми людьми,* со «счастливчиками» или *идентификация (отождествление) себя с мощными организациями и объединениями.* К такому приему прибегают люди, перенесшие много неудач и разочарований, причину которых они обычно видят в отсутствии у себя качества «удачливости». Идентифицируясь с преуспевающими людьми, «неудачники» как бы дополняют себя

особыми способностями, а становясь функционерами авторитетной организации, не только получают право чувствовать свою принадлежность к ней и говорить о «наших успехах», но и на самом деле начинают ощущать себя сильными и действуют более уверенно и успешно.

Определение границ своих возможностей — эта техника, как правило, используется при резком изменении жизненных обстоятельств. Наиболее ярко она проявляется у тех, кто стал инвалидом. Эти люди вынуждены резко менять образ жизни. Но сначала они «определяют границы своих возможностей» (как человек, входящий в реку в незнакомом месте или идущий по болоту), прощупывают меру сохранившихся способностей и пытаются компенсировать потерянное. Отметим, что к таким же тактикам прибегают почти все люди, очутившиеся в новых или усложнившихся обстоятельствах.

Антиципирующее (от лат. *anticipate* — предвосхищение, предугадывание событий, заранее составленное представление) совладание и предвосхищающая печаль — это прием, которым пользуются люди, имеющие опыт неудач или ожидающие неизбежного наступления трудной ситуации (к примеру, смерти безнадежно больного родственника, собственной серьезной операции и др.). Эта техника имеет адаптивное значение: она позволяет людям психологически подготовиться к возможным нелегким испытаниям и заранее наметить способы предотвращения несчастливых поворотов судьбы. Как и любой другой способ совладания с трудностями, антиципирующее совладание может быть как продуктивным, так и непродуктивным — в зависимости от особенностей жизненной ситуации.

Пример продуктивного использования антиципирующего совладания — широко используемый в ряде зарубежных клиник опыт подготовки детей к предстоящей операции. Медсестры под руководством психолога организуют специальные ролевые игры, где имитируется вся ситуация операции (от предоперационной подготовки до возвращения маленьких пациентов в палату, окончательного выздоровления и выписки домой). Такая предварительная психологическая подготовка позволяет снизить предоперационную тревогу детей и значительно ускорить их выздоровление.

Вспомогательные приемы самосохранения в ситуациях трудностей и несчастий

К этим приемам относятся *техники борьбы с эмоциональными нарушениями,* вызванными неустранимыми, с точки зрения субъекта, негативными событиями.

Таковы *уход* или *бегство* из трудной ситуации, которые могут осуществляться не только в практической, но и в чисто психологической

форме — путем внутреннего отчуждения от ситуации или подавления мыслей о ней (отказ от повышений по службе, от заманчивых предложений, избегание всех сомнительных ситуаций нередко становятся у людей, переживших много разочарований и неудач, личностной особенностью). Такие люди сами определяют свой способ поведения как «последнюю линию защиты».

К распространенным приемам самосохранения относится *отрицание* — отказ принять, что произошло ошеломляющее, травмирующее событие. М. Горовиц рассматривает отрицание как психологический барьер на пути разрушительного проникновения травмирующего события во внутренний мир человека, в его ценностно-смысловую концептуальную систему. Отрицание позволяет человеку перерабатывать трагические ситуации малыми дозами, постепенно ассимилируемыми смысловой сферой личности. После ассимиляции катастрофического события меняются сознание человека, его отношения к миру, появляется новая оценка жизни и собственных возможностей, увеличивается пространство личного будущего в его сознании.

Техники преобразования и приспособления могут быть как типичными для человека, так и ситуационно-специфическими, как основными, так и вспомогательными.

К *ситуационно-специфическим* принято относить следующие техники: «использовать шанс», «сопротивляться», «идентифицироваться с целями и судьбами других людей», «надеяться», «корректировать свои ожидания», «полагаться на других людей», «самоутверждаться», «проявлять агрессию в форме действия или критики», «отсрочивать удовлетворение своих потребностей» и др.

Техники, применяемые в случае неудачи

Говоря о ситуационно-специфических техниках, рассмотрим те из них, которые человек применяет в тех случаях, когда, несмотря на все его усилия, ему не удается изменить жизненную ситуацию к лучшему: проблема остается нерешенной, и человек *вынужден признать, что потерпел неудачу.* Ведь если человек поставил перед собой трудную задачу, спроектировал ее решение как часть будущей жизни, был преисполнен уверенности в ее решении и для совладания с ней мобилизовал огромные силы, то поражение переживается как крушение личности. Если человек до этого не переживал крупных неудач, не попадал в бедственное положение, он чрезвычайно уязвим. Его сознание сопротивляется принятию реальности.

В такой ситуации он стремится любой ценой сохранить или восстановить позитивное отношение к себе, чувство личного благополучия. Наиболее часто применяются *приемы, обесценивающие неудачу,*

в основе которых лежит действие механизмов психологической защиты. Они не требуют от человека болезненной перестройки отношения к себе и позволяют снизить тяжесть эмоциональных переживаний. Среди этих приемов отметим следующие.

Обесценивание объекта. Человек снижает значимость для себя того, к чему стремился, но не смог достичь (поступление в вуз, выход замуж, завершение диссертации и др.). Тем самым он обесценивает свою неудачу («Это не самое важное в жизни», «А оно мне надо?») и старается вписать печальную ситуацию в историю своей жизни как незначительный биографический эпизод.

Коррекции своих ожиданий и надежд. Поскольку неудача — это тягостное для человека событие, заставляющее отказаться от ценности, ради которой были мобилизованы все силы, человек может прибегнуть к коррекции ожиданий и надежд. Нередко это приобретает форму минимизации потребностей. Несомненно, такой прием спасает от неудач, но он обедняет будущее личности и отнюдь не поднимает ее самоуважения.

Акцептация ситуации — принятие ее такой, как она есть. В практической психологии эту технику порой называют «терпением» или употребляют для ее обозначения словосочетание «отпустить ситуацию» (смысл этого выражения — прекратить безуспешные преодолевающие действия по изменению ситуации). Это не пассивный ответ на тяжелые обстоятельства, а осознанное решение, которое человек принимает после анализа своей жизненной ситуации и сравнения своего положения с положением людей, находящихся в еще более бедственном положении. Эта техника вполне уместна для ситуации тяжелой болезни или инвалидности, ограничивающей возможности человека.

Позитивное толкование своей ситуации. Эта техника схожа с предыдущей. Она состоит в том, что человек использует различные варианты сравнения: сравнивает себя с теми, кто находится в еще более незавидном положении («идущее вниз сравнение»), или вспоминает о своих успехах в других областях и ситуациях примерно в такой форме: «Да, я не достиг этого, но зато…» («идущее вверх сравнение»). У многих на памяти такие защитные фразы одной из не слишком успешных героинь популярного фильма Э. Рязанова «Служебный роман»: «Я живу за городом, но зато рядом с электричкой», «У моего мужа была язва желудка, но зато операцию делал сам Вишневский» и т. п.

Обе эти техники выступают как формы психологической переработки жизненной ситуации. Размышляя о них, Л. И. Анцыферова иронично заметила, что остается загадкой, почему люди не сравнивают

свое бедственное положение с положением людей, находящихся в несравненно лучших условиях. Она предполагает, что убеждение в невозможности что-либо изменить резко снижает масштаб изменений и масштаб эталонов и делает изменение ситуации невозможным.

В этом замечании явственно звучат отзвуки негативной оценки стратегии приспособления, которая была характерна для отечественной психологии и философии советского периода. Так, К. А. Абульханова-Славская считает, что «приспособление к обстоятельствам свидетельствует о неспособности овладеть своей жизнью, о пассивной стратегии». Однако в реальной жизни все не так однозначно: порой *временное приспособление* выступает как мудрая, учитывающая объективные особенности ситуации и жизненные перспективы стратегия переживания трудной для человека ситуации. Простейший пример этого — ситуация вхождения в новый коллектив: человек разумно отказывается от определенных форм поведения и самоутверждения, чтобы получить работу в престижной фирме и быть принятым в новом коллективе. Более сложный вариант — приспособительное *покорное поведение во имя свободы в будущем.* В тяжелые времена люди приступают к осуществлению долговременных программ борьбы за индивидуальную свободу, они отдают себе отчет в том, что в целях приобретения свободы необходимо быть готовым ко многому: подчиняться воле вождя или автократической власти, выполнять ее решения и постановления, при этом не оказывать никакого сопротивления. *Покорное поведение является своеобразным маневром,* позволяющим достичь в будущем эмансипационных целей. Ю. Козелецкий называет такую «временную покорность» «усложненной стратегией эмансипации».

Оставим за каждым человеком право самостоятельно выбирать из своего репертуара те стратегии и техники, которые помогут ему справиться с жизненными трудностями. Далеко не все в своей жизни он может изменить. И боль исключить из человеческой жизни нельзя, и страдания, и потери, и многое другое. В лучшем случае человек может, трезво осмыслив ситуацию, направить свои усилия на исправление того, что поддается изменению, и найти способы сосуществовать с тем, что изменить невозможно.

Образ мира личности и поведение в трудной жизненной ситуации

Если речь идет о тех трудных ситуациях, с которыми человек не смог справиться сам и обратился за помощью к психологу, то специалисту необходимо вспомнить, что человек определяет трудность своей жизненной ситуации, видит или нет возможности ее преобразования, выбирает стратегии и тактики поведения в зависимости от своего образа мира. Весь его жизненный опыт (как и предвосхищаемое будущее)

закрепляется в образе мира в виде систем значений и значимостей, убеждений и ценностей, которые регулируют восприятие и представления человека, обусловливают определение ситуации и действия субъекта в ней.

В принципе, весь период проживания и преобразования трудной жизненной ситуации первого типа *можно рассматривать как многоступенчатый процесс формирования у человека компетентности.* Он состоит из четырех фаз (рис. 1).

1. *Фаза бессознательной компетентности* характерна для привычных, само собой разумеющихся ситуаций обыденной жизни. *Образ мира человека* в таких ситуациях устойчивый, определенный, хорошо интегрированный (связанный).

Человек адаптирован к условиям своей жизни: он освоил свои основные роли в каждом из пространств жизни (знает область функционирования, способы достижения целей в ней, возможные препятствия и ресурсы для их преодоления). В этой области действует сложившийся опыт, не требующий коррекции для достижения успеха; здесь определены необходимые стимулы и ответные реакции, а также существует четкий алгоритм их взаимосвязи.

2. *Фаза бессознательной некомпетентности.* При изменении «объективного аспекта ситуации» человек сначала не осознает серьезность происшедших изменений, не понимает «требований» новой ситуации и продолжает применять прежние способы поведения и деятельности.

Если известные способы реагирования использовать в изменившейся ситуации, то вполне вероятно, что реакции окружающих окажутся неадекватными и не приведут к желаемым результатам. Это сигнализирует о нарушении границ применения старых знаний и опыта и проводит границу между бессознательными компетентностью и некомпетентностью.

Трудности и неудачи (своего рода «негативный ответ» окружения) приводят к тому, что возникает «сопротивление ям». Человек (особенно если у него не развиты рефлексивные способности и нет достаточной гибкости) делает все, чтобы сохранить старый образ мира и привычные способы поведения. В этой фазе можно говорить о сверхустойчивом, поляризованном, ригидном образе мира (рис. 2).

Фаза бессознательной некомпетентности часто существует не как «проверенная практика неуспеха», а как недостаточно обоснованный прогноз: человек предполагает, что может применить старые знания и навыки в новой ситуации. Зачастую же он просто неверно определил ситуацию: не распознал ее новизны и с упорством, достойным лучшего

применения, продолжает использовать в новой ситуации старые, привычные способы деятельности и поведения.



Рис. 2. «Колесо» компетентности

Лишь после того как собственные неудачи или наблюдение за успешностью чужих действий в подобных ситуациях обесценят старый опыт, человек переопределяет ситуацию, осознает ее как «трудную». Он начинает осознавать «нехватку внутренних ресурсов» (знаний, умений, социальной компетентности и т. д.), а значит, входит в фазу сознательной некомпетентности. Именно в этот момент он, как правило, от стратегии преодоления переходит к стратегии «приспособления», т. е. изменения себя в соответствии с требованиями изменившейся ситуации.

3. *Фаза сознательной некомпетентности.* Внутренний мир в этой фазе сверхнеустойчивый, изменяемый. Здесь происходят поиск и накопление недостающих ресурсов (освоение новой информации, апробирование новых способов деятельности и поведения). Когда переработка новой информации приводит к формированию адекватных альтернатив, человек переходит к следующей фазе.

4. *Фаза сознательной компетентности* — сбалансированный расширенный вариант мира бессознательной компетентности. Решение уже найдено, обретены новые способы поведения, но у человека отсутствует автоматизм исполнения, беден контекст целесообразных форм поведения и нет тренировки. Последовательное и рефлексивное применение найденных решений опять приводит к фазе бессознательной компетентности, но уже в отношении более широкого круга явлений.

Специалисту, осуществляющему психологическую помощь на всех фазах обретения компетентности, важно понимать, на какой фазе обратился к нему человек, *видеть границы перехода* между фазами и обеспечить четкое и осознанное его прохождение по всем ступеням процесса.

При этом не следует забывать, что на разных фазах компетентности от клиента требуются различные интеллектуальные и эмоциональные усилия, а от специалиста — умение подобрать и применить соответствующие психотехники.

Изменение сознания в процессе прохождения через период нарушения адаптации в ситуациях первого типа (от некомпетентности — к обретению новой компетентности) происходит как бы по спирали:

- устойчивый, определенный, хорошо связанный внутренний мир бессознательной компетентности;
- сверхустойчивый, поляризованный, ригидный мир бессознательной некомпетентности;
- сверхнеустойчивый, изменяемый мир сознательной некомпетентности;
- устойчивый гибкий мир сознательной компетентности;
- сбалансированный расширенный вариант мира новой бессознательной компетентности.

Рассмотрим этот цикл прохождения через трудную ситуацию (адаптационный цикл) *на примере военнослужащих, увольняемых с военной службы.* В привычных рамках военнослужащему хорошо известны условия его профессионального и бытового функционирования. Он легко прогнозирует последствия своих действий и адекватно определяет ресурсы, необходимые для решения поставленных задач. Известие об увольнении заставляет его прогнозировать свою жизнь вне армии в условиях дефицита информации. Неизбежно возникает *тревога*, следствием которой становятся *агрессивные или депрессивные тенденции* поведения, причем следует различать враждебность и инструментальную агрессию.

Враждебность — это проявление попыток агрессивными средствами получить «неподтверждающийся прогноз». К примеру, отставник хочет получить такое же материальное обеспечение, как в армии, но ему предлагают «более дешевые» варианты. Его реакцией может стать враждебность (к тем, кто уволил его из армии, кто мало платит и т. д.). Причинение вреда людям, которых он считает виновниками своих бед, становится самоцелью агрессивного поведения. *Инструментальная агрессия* — это причинение вреда для достижения других целей (конструктивных с точки зрения личности!). Она нередко сопровождает активное социальное поведение по защите своих прав и достоинства, т. е. она более конструктивна, чем враждебность. Инструментальная агрессия встречается на всех фазах компетентности, а вот враждебное поведение — явный признак фазы бессознательной некомпетентности.

Рассматривая депрессивную тенденцию поведения, можно выделить *депрессию отрицания проблем* (попытку их не замечать) и *депрессию преувеличения проблем* (формирование негативно ориентированной структуры внутреннего мира). В обоих случаях человек пытается уйти от конструктивного рассмотрения встающих перед ним задач. Депрессия отрицания проблем, как правило, проявляется на фазе бессознательной некомпетентности. Она, как и враждебность, основана на желании получить неподтверждающийся прогноз. Депрессия преувеличения проблем характерна для фазы сознательной некомпетентности и связана с «ограничивающими убеждениями» типа «Это невозможно преодолеть», «Это возможно для других, но невозможно для меня» и т. д.

Исследования показывают, что непродуктивная враждебность чаще всего возникает тогда, когда люди предполагают, что фрустрирующие воздействия являются проявлениями чьей-то злой воли, а не следствием непреодолимых обстоятельств. Депрессия преувеличения проблем чаще возникает у тех, кто слабо информирован о возможных путях решения своих проблем, обладает чувством повышенной ответственности за судьбу своих близких и предполагает, что подобное могло случиться только с ними и ни с кем другим.

Когда переход к фазе сознательной некомпетентности проходит благополучно, военнослужащий понимает, что он еще не вполне подготовлен к гражданской жизни, но он с разумным оптимизмом смотрит в будущее и готов приобретать новые навыки и знания. В этом случае задача социальных работников и психологов-консультантов — поддержать военнослужащего и членов его семьи в ходе адаптации к новым обстоятельствам жизни и работы. Здесь на первое место выходят обучение новым профессиям и переквалификация, а также предоставление информации о гражданских правах и социальных гарантиях. Но главным в работе психолога-консультанта становится помощь клиенту в самопроектировании и создании позитивного образа своего Я.

Отметим также, что на данном этапе возникает склонность к внешним и внутренним конфликтам. *Внешние конфликты* связаны с изменением привычных для армейских условий круга и способов общения (коммуникативных паттернов), которые входят в противоречие с требованиями среды, а новые еще не сформировались. В этом случае консультанту необходимо обучить клиента эффективной коммуникации.

Внутренние конфликты обусловлены «конфликтом ценностей». Освоение новых ценностей, согласование старого и нового опыта и создание картины мира, которая бы отвечала требованиям адаптации и одновременно не противоречила основным ценностям личности, — вот нетривиальная задача, которую должны решить консультант

и клиент на данном этапе. Для этого целесообразно применять психотехники, направленные на разделение поведения и намерения и отделение поведения от ситуации, в которой оно реализуется, а также интеграцию ценностей, осуществляемую путем расширения опыта и нахождения компромисса между конфликтными убеждениями.

После того как уволенный в отставку военнослужащий принял необходимые решения, освоил новые способы поведения и создал новую целостную картину мира, можно приступать к исполнению задуманного. Здесь можно было бы завершить процесс социальной адаптации военнослужащих, уволенных из армии, но все-таки психологам и социальным работникам следует избегать излишнего оптимизма. Им нужно учитывать, что уволенные в запас или отставку кадровые военнослужащие, адаптируясь к гражданской жизни, сталкиваются с самыми различными проблемами: психологическими стрессами, необходимостью переподготовки, сложностями трудоустройства, бытовыми трудностями и семейными разногласиями. Кроме того, нельзя забывать, что к жизни невозможно адаптироваться раз и навсегда. Действуя в новых условиях, военнослужащий и члены его семьи неизбежно столкнутся с необходимостью не раз пересматривать уже выработанные решения, осваивать новые сферы деятельности и отношений, собирать информацию, выбирать альтернативы и рассчитывать ресурсы. В большой адаптивный цикл будут входить малые, аналогичные по структуре и задачам. Важно, чтобы человек правильно оценивал собственные силы и мог сам себя психологически поддерживать. Тогда ему лишь в экстремальных условиях потребуется социально-психологическая помощь. И еще об одном следует помнить: полноценная адаптация достаточно длительна: она может продолжаться от 1,5 до 3 лет.

ГЛАВА 10.
ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ

10.1. Психологическое сопровождение как модель психологической помощи в кризисном состоянии

Основные искажения образа мира. Прохождение через трудные жизненные ситуации (длительная безработица, утрата, тяжелая болезнь одного из членов семьи, миграция и др.) и экстремальные ситуации (войны, техногенные и природные катастрофы, ситуации насилия и др.), где человек пребывает в роли жертвы, приводит к рассогласованию в работе базисного механизма бытия и развития личности — «идентификации-обособления». В качестве глубинной психологической защиты «автоматически включается» механизм отчуждения (Ж.-П. Сартр, Э. Фромм, Э. Эриксон), который проявляется в самых разных формах: отчуждение от государства; от ближнего; от работы, дела; от той или иной из своих потребностей, от самого себя. Это чревато нарушениями в содержании структурных компонентов образа мира (образ Я, образ другого человека, образ мира в целом, психологическое время личности), а нередко и его полным разрушением («сломом») и формированием негативных отношений к тем объектам, которые человек считает виновниками своего несчастья.

Наиболее распространены три типа искажения в содержании образа мира (прежде всего — в содержании образа Я). Во-первых, это комплекс жертвы, который выражается в сочетании таких психических реакций, как апатия, отказ от ответственности за себя и других, беспомощность, безнадежность, снижение психологической самооценки и т. п. Во-вторых, комплекс отверженности, характеризующийся отчуждением от других людей, разобщенностью, холодностью. Нередко жизненным девизом «отверженных» становятся слова: «Никому не верь, ни на что не надейся, никого ни о чем не проси». В-третьих, возможен уход в мир фантазий (вплоть до образования двух параллельных жизненных миров — этот феномен впервые был выявлен у ветеранов войны во Вьетнаме).

Во всех этих случаях люди полны катастрофических ожиданий и предчувствий, опасаются негативного влияния любых событий на свою жизнь. Это сочетается с внешним локусом контроля — экстернальностью, т. е. склонностью объяснять основную часть жизненных неудач внешними обстоятельствами (не «я делаю», а «со мною происходит», «так уж сложились обстоятельства», «от судьбы не уйдешь»), и оказывает негативное влияние на душевное благополучие человека и его отношения с окружающими, на адаптацию к жизни в целом.

Если нарушение или «слом» произошли, необходима длительная социально-психологическая реабилитация, цель которой — восстановление целостного и упорядоченного образа мира личности, пусть он даже будет иным, чем раньше. При этом не обойтись без восстановления разорванных связей с другими людьми и самим собой, а также связи прошлого, настоящего и будущего, которая дает человеку возможность, с одной стороны, «обрести корни» и «оживить» жизненные резервы, а с другой — обрести будущее и себя в нем и освоить продуктивные способы преодоления кризисных ситуаций. Результатом такой перестройки становится новый образ самого себя (новая идентичность) и мира.

Для того чтобы реконструировать образ мира личности, восстановить его целостность и упорядоченность, человеку приходится пройти достаточно длительный путь: сначала «возродиться из боли», т. е. реанимировать заблокированные ресурсы развития, затем реконструировать содержание основных структурных звеньев образа мира и, наконец, овладеть новыми, более продуктивными моделями бытия в мире. Без такой глубокой психологической работы трудно возродиться к жизни, поверить в себя и восстановить связь с миром людей.

Длительный процесс «возрождения из боли» требует особой модели психологической помощи — такой, которая позволила бы органично включить методы и приемы психологического воздействия в повседневную жизнь человека, найти естественные способы исцеления души, создать условия для такого возрождения — безопасное «переходное пространство» (термин Д. Винникотта), которое обладает реабилитационными и развивающими возможностями. Такую модель психологической помощи принято называть «психологическое сопровождение».

Понятие «сопровождение». В качестве психологического термина понятие «сопровождение» впервые появилось в отечественной психологической литературе в 1992 г. (Ю. В. Слюсарев) в следующем значении: недирективная форма оказания психологической помощи, направленной не просто на укрепление или достройку, а на развитие

и саморазвитие самосознания личности, которая запускает механизмы саморазвития и активизирует собственные ресурсы человека.

В научной литературе в качестве терминов, обозначающих психологическую помощь психически здоровым людям в трудных жизненных ситуациях, предлагались понятия «содействие» (И. В. Дубровина); «со-бытие» (В. И. Слободчиков), «со-работничество» (С. С. Хоружий), «психологическое, или социально-психологическое, сопровождение» (Ю. В. Слюсарев, М. Р. Битянова, А. В. Волосников, В. С. Мухина). Из всех этих понятий по-настоящему прижился в практике лишь один термин — «сопровождение». На это есть свои причины, и одна из них — глубинное смысловое совпадение слова «сопровождение» и сущности психологической помощи человеку в периоды кризисов, спровоцированных трудными и экстремальными ситуациями.

Этимологически сопровождение близко таким понятиям, как содействие, совместное передвижение, помощь одного человека другому в преодолении трудностей. «Сопровождать — значит идти, ехать вместе с кем-либо в качестве спутника или провожатого». В словаре В. И. Даля сопровождение трактуется как действие по глаголу «сопровождать», т. е. «провожать, сопутствовать, идти вместе для проводов, провожатым, следовать». В самом общем значении «сопровождение» — это встреча двух людей и совместное прохождение общего отрезка пути. Сопровождать — значит проходить с кем-либо часть его пути в качестве спутника или провожатого.

В ситуации сопровождения можно выделить три основных компонента: путник, сопровождающий и путь, который они проходят вместе.

По В. И. Далю, путник — это путешественник, странник, который находится на перепутье; человек, ищущий временного приюта, «обрекшийся на тунеядное странничество, скиталец, бездомный проходимец», «лицо, которое не живет оседло, скитается, бездомный, бесприютный; бродяга».

Такой ряд дает возможность убедиться не только в богатстве русского языка, но и в пригодности этого слова для обозначения самых различных вариантов пролонгированной социально-психологической помощи личности и/или семье в период кризиса. Само обращение за психологической помощью свидетельствует о том, что человек осознает свою жизненную ситуацию как трудную. Он сбился с пути и нуждается в помощнике, вместе с которым сможет отыскать не только этот путь, но и внутренние ресурсы для его прохождения.

Сопровождающий — это человек, который лишь временно находится рядом с путником. Среди его ролевых функций В. И. Даль

называет не только нейтральные «попутчик», «сопроводитель (сопроводительница)», но и «спутник, товарищ на пути, в дороге, в жизни»; «проводник, путевод», «спутник для указания пути, для охраны, защиты, для присмотра», т. е. посредник между человеком и миром жизни, обеспечивающий безопасность, необходимую и достаточную поддержку личности в трудных жизненных ситуациях.

Путь, по В. И. Далю, — это не только дорога, но и процесс передвижения по ней (время, нужное для прохода, способ или средство достижения цели, направление). В русской культуре «путь» — это понятие-символ, в семантике которого присутствуют такие смыслы, как «жизненный путь», «духовный путь». Это придает понятию «сопровождение» духовный смысл и означает поддержку человека в трудной жизненной ситуации, во время кризисного, переходного периода жизни. В этом понятии заложены идеи общего пути в пространстве и времени; динамики состояний, отношений между участниками, изменения функций специалиста по сопровождению на различных этапах пути, совместных действий и активности обеих сторон взаимодействия, защиты от опасностей и помощи, которую оказывает сопровождающий (как человек более опытный, уже ходивший этим путем, знающий его) путнику.

Можно сказать, что речь идет о совместном бытии людей в определенный временной период человеческой жизни. Сопровождающий (со-путный) предстает как человек, который помогает путнику в дороге и защищает его от превратностей пути, помогает справиться с ними.

Сегодня сопровождение понимается как поддержка психически здоровых людей, у которых на определенном этапе жизненного пути возникают трудности. Наиболее часто это кризисные, или переходные, периоды жизни. Психологи-исследователи (М. Р. Битянова, А. А. Деркач, Л. М. Митина) рассматривают его как системную интегративную технологию психологической помощи семье и личности. При этом они отмечают, что сопровождение (в отличие от коррекции) предусматривает поддержку естественно развивающихся реакций, процессов и состояний личности. Именно выстраивание процесса психологической помощи в соответствии с закономерностями развития — первая сущностная характеристика сопровождения. При успешной организации социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна (Мухина В. С., Горянина В. А., 1997).

Второй сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи от помощи извне к самопомощи. Можно сказать, что в процессе

психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «Я не могу» к позиции «Я могу сам справляться со своими жизненными трудностями». Основным из этих условий принято считать хорошее поддерживающее окружение. Основными критериями такого поддерживающего окружения являются «надежность, предсказуемость, адаптированность к нуждам клиента».

Важно подчеркнуть, что в рамках сопровождения создаются не искусственные отношения между специалистом и клиентом, как в случае психотерапии или психокоррекции, а естественные поддерживающие отношения (Б. Беттельгейм, Д. Винникотт, У. Глассер, Р. Кэмпбелл).

Методологический анализ позволяет утверждать, что на сегодняшний день сопровождение — это особая модель пролонгированной психологической помощи. Это специально организованный процесс, направленный на создание переходного пространства, безопасных условий, в которых становятся возможными выход из негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом), реконструкция образа мира и восстановление связи человека с самим собой, миром людей и обществом. Сопровождение осуществляется на всех этапах перехода от старого, искаженного (или распавшегося) образа мира к новому. Специалист организует «переходное пространство» для тех, кто нуждается в помощи. В рамках этого переходного пространства в процессе совместно-разделенной деятельности (со-бытия) психолог незаметно и естественно передает человеку, обратившемуся за помощью, свое отношение к миру и продуктивные способы взаимодействия с ним. При этом он постепенно, шаг за шагом расширяет зоны ответственности обратившегося за помощью.

Это — общие характеристики психологического сопровождения. В каждом конкретном случае задачи сопровождения будет определяться исходя из особенностей объективного (реальные условия жизни) и субъективного (образ мира человека) аспектов жизненной ситуации клиента.

Таким образом, можно сказать, что психологическое сопровождение — это:

- во-первых, одна из моделей психологической помощи, осуществляемой в рамках деятельности социально-психологических служб;
- во-вторых, интегративная технология пролонгированной психологической помощи человеку в кризисные периоды перехода, перестройки всего образа жизни, сердцевина которой — создание переходного пространства, т. е. безопасных условий для восстановления

потенциала развития и саморазвития личности и/или семьи в кризисные периоды жизни;

- в третьих, процесс особого рода бытийных отношений между сопровождающим и теми, кто нуждается в помощи.

В отличие от коррекции сопровождение предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека, опору на его собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для реконструкции образа мира (прежде всего — реконструкции образа Я) и восстановления связей с самим собой, другими людьми, миром в целом.

В качестве основных характеристик психологического сопровождения выступают его процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную повседневную жизнь человека или семьи, а также особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками этого процесса на всех этапах перестройки отношений человека с собой и миром.

В каждом конкретном случае задачи сопровождения определяются особенностями жизненной ситуации человека. Так, при сопровождении человека в период травматического кризиса, вызванного экстремальной ситуацией (или «сломом»), это специально организованный процесс перехода из старого жизненного пространства в новое, где становятся возможными выход из негативного отчуждения (от себя, других людей, мира в целом), реконструкция субъективного образа мира и восстановление связи человека с самим собой, миром людей и обществом. Этот процесс осуществляется на всех этапах перехода от старого, искаженного (или распавшегося) образа мира к новому.

Целью сопровождения личности или семьи в период кризиса становится реконструкция образа мира, преобразование представлений и отношений человека к себе самому, другим людям, миру в целом и формирование продуктивных моделей поведения и отношений с собой, людьми, миром в целом. Одним из результатов длительного сопровождения участников экстремальной ситуации становится принятие жизни (и себя как ее части) во всех проявлениях, относительная автономность, готовность и способность изменяться и изменять условия своей жизни, т. е. быть ее автором и творцом.

Основные принципы психологического сопровождения

- Принцип события: акцент ставится не на воздействие, а на создание пространства совместного бытия, в условиях которого человек осознает и перестраивает себя в своих отношениях с миром (субъективный образ мира) и осваивает продуктивные способы взаимодействия с людьми и социальными структурами.

- Индивидуальный подход: он проявляется в каждом из моментов конкретной практики сопровождения; психолог действует исходя из знаменитого методологического принципа-вопроса Дж. Пола: «Какое лечение, кем проводимое и в каких условиях наиболее эффективно для этого индивида с этими конкретными проблемами?»
- Запрет на жесткое проектирование результата.
- Поиск внутренних ресурсов клиента и опора на них.
- Следование естественным закономерностям онтогенетического развития, проживания кризисных периодов жизни.
- Принцип реальности: подведение клиента к принятию жизни во всей ее полноте, с неустранимыми из нее страданиями.
- Принцип реалистичности: психолог не берет на себя задачи «переделать клиента» и «обеспечить жизненное благополучие»; он лишь помогает ему преодолеть «разрывы жизни», перейти пустыню отчуждения от себя и мира и принять на себя ответственность за свою жизнь.

Следует помнить о приоритете потребностей каждого человека, целей и ценностей его развития. Нужно учитывать тот факт, что внутренний мир человека автономен и независим. Специалисты по психологическому сопровождению могут сыграть важную роль в становлении и развитии этого уникального мира. Однако они не должны превращаться во внешний психологический «костыль», на который человек стремится опереться каждый раз в ситуации выбора и тем самым уйти от ответственности за принятое решение.

Условия, необходимые и достаточные для оказания психологической помощи по типу сопровождения:

Во-первых, это особым образом организованная безопасная среда, в которой взаимодействуют люди — тот, кому необходима помощь, и тот, кто эту помощь оказывает. Во-вторых, особое качество помогающего: он должен быть надежной, уверенной в своих силах личностью, которая способна обеспечить обратившемуся за помощью безоговорочное и безусловное принятие, а также уметь адекватно предъявить объектную сторону окружающего мира. В-третьих, два субъекта, встречающиеся в едином временном и физическом пространстве, ощущают себя как свободные, независимые люди, способные после совместного «со-бытия» разойтись и пойти каждый своей дорогой в своем собственном пространстве бытия.

Основные компоненты психологического сопровождения

Мы уже отмечали, что психологическое сопровождение — это целостная система. Его возможно представить как разворачивающийся во времени процесс совместно-разделенной деятельности психолога

и человека, который обратился за помощью (в психотерапии его принято называть клиентом). В сопровождении выделяются три основных компонента:

- диагностика (отслеживание), служащая основой для постановки целей;
- реабилитационная стадия — отбор и применение психотехнических средств;
- анализ промежуточных и конечных результатов, дающий возможность корректировать ход работы. Каждый из этих компонентов имеет свои особенности.

Диагностический компонент — систематическое отслеживание динамики развития человека или семьи, обратившихся за помощью; сбор и накопление информации и минимальные и достаточные диагностические процедуры. На основе совместного исследования психолог и клиент определяют ориентиры работы (цели и задачи), распределяют ответственность, выявляют пределы необходимой и достаточной поддержки.

При работе с каждым человеком (или семьей) цели и задачи уникальны, как и жизненная ситуация клиента. Но если говорить об общей задаче психологического сопровождения — то это вовсе не «обеспечение психологического комфорта» и «избавление от страданий»; главное в кризисной ситуации — помочь принять жизнь во всех ее проявлениях (не исключая страдания), пройти через жизненные трудности и, переосмыслив свои отношения с собой, другими, миром в целом, принять ответственность за свою жизнь и жизнь своих близких и продуктивно преобразовать свою жизненную ситуацию, превратить ее из ситуации невозможности жить и реализовывать свои потребности, цели и ценности в ситуацию возможности жить и развиваться.

Психолог при таком подходе осуществляет необходимую и достаточную поддержку, сопровождая клиента в его пути к изменениям, оказывая на каждом этапе помощь, гибко изменяя ее форму и меру в соответствии с особенностями жизненной ситуации клиента, его наличным состоянием и зоной ближайшего развития. Клиент сам и только сам может пережить события, обстоятельства и изменения своей жизни, породившие неблагополучие. И никто не может сделать этого за него, как не может самый лучший учитель понять за своего ученика объясняемый материал, а акушер вместо роженицы произвести на свет ребенка. Психолог, осуществляющий сопровождение, может лишь создать условия для изменений и стимулировать этот процесс: организовывать, направлять, обеспечивать

благоприятные для него условия, стремясь к тому, чтобы он вел к росту и совершенствованию человека или, по крайней мере, не шел патологическим либо социально неприемлемым путем (алкоголизм, невротизация, психопатизация, самоубийство, преступление и т. п.). Таким образом, цель психологического сопровождения должна максимально учитывать особенности клиента и его жизненной ситуации (одно дело — сопровождение в трудной жизненной ситуации первого типа, другое — в кризисной ситуации второго типа, третье — в ситуации «слома» или кризиса, «запущенного» экстремальной ситуацией).

Основной компонент сопровождения — отбор и применение средств, позволяющих создать условия, стимулирующие позитивные изменения в личности клиента и его системе отношений с собой, другими людьми и миром в целом, а также помогающие овладеть способами продуктивного взаимодействия. На этом этапе консультант осмысливает результаты диагностики (совместного исследования, отслеживания) и на этой основе продумывает, какие условия необходимы и достаточны для позитивного развития личности (или семьи), обретения клиентом продуктивного отношения к себе, другим, миру в целом и гибкости, способности успешно взаимодействовать с самим собой, другими людьми и с социумом, адаптироваться в нем. Затем специалист по сопровождению разрабатывает и реализует гибкую индивидуальную или групповую программу психологической помощи, которая ориентирована на конкретного человека или семью и учитывает их особенности и потребности.

Третий компонент — анализ промежуточных и конечных результатов совместной работы и внесение на их основе изменений в программу сопровождения.

Основные стадии психологического сопровождения

Процессуальный анализ психологического сопровождения личности (или семьи) в кризисные периоды жизни предполагает выделение его динамики.

Воспользуемся для осмысления динамики введенным в предыдущем параграфе сравнением психологического сопровождения с совместным путешествием.

При первой встрече с психологом клиент испытывает жизненные затруднения, с которыми не может справиться самостоятельно, и нуждается в помощи со стороны специалиста. В его жалобе, или запросе, как правило, звучит просьба избавить его от этих трудностей, помочь выйти из сложной жизненной ситуации, где невозможно удовлетворить свои основные жизненные потребности. Можно сказать, что

в момент обращения к психологу человек предстает скорее как «беглец», а не как путник. В этот период задача психолога — помочь ему решить три основные задачи:

- определить «место, на котором в момент обращения находится человек» (В чем состоят его жизненные затруднения? Каковы особенности его жизненной ситуации — ее объективный и субъективный аспект? В чем сущность его личного или семейного неблагополучия и его причины? Какими ресурсами он обладает?);
- выявить «место, куда хочет прийти путник», т. е. совместно сформулировать представление о том состоянии, которого хочет достичь клиент (сформировать образ желаемого будущего, определить его реалистичность), и выбрать основное направление изменений («Что делать?», «В каком направлении двигаться?»);
- помочь клиенту (человеку или семье, обратившимся за помощью) достичь желаемого будущего («Как это сделать?»).

При решении первой задачи преобладает диагностический компонент сопровождения; при решении третьей задачи — основной, реабилитационный компонент, где осуществляется преобразование образа мира и освоение новых моделей поведения. Для второй задачи готового термина пока еще нет. Она решается в ходе соглашения между обратившимся за помощью человеком и психологом (в зарубежной литературе это обозначается понятием «заключение контракта»). Условно этот этап можно назвать «ответственным решением», или «выбором пути».

Именно эта трехчленная модель имплицидно присутствует в ряде интегративных подходов к консультированию в психологии и социальной работе (Горянина В. А., 2002; Соколова Е. Т., 1995; и др.), которые по своей сути близки к психологическому сопровождению.

Основные ступени и шаги процесса психологической помощи при изменении непродуктивного стиля взаимодействия представлены в таблице 15.

Если же говорить о содержательных характеристиках, то можно выделить три основных стадии любого процесса сопровождения.

Начальная. Здесь устанавливается контакт между психологом и клиентом (индивидуальным или коллективным, каким является семья). Проводится совместное с клиентом диагностическое исследование, направленное на выявление и осознание особенностей трудной жизненной ситуации клиента — не только внешних, но и внутренних причин неблагополучия (жизненных затруднений), и определение возможных форм помощи.

Таблица 15

Основные ступени и шаги процесса психологической помощи при изменении непродуктивного стиля взаимодействия

Основная ступень	Основные шаги
Установление доверия	Подстройка под тон и темп голоса клиента, его дыхание и позу. Использование слов, соответствующих ведущей системе восприятия клиента (визуальной, аудиальной, кинестетической). Применение соучастной стратегии контакта.
Исследование причин непродуктивности стиля взаимодействия	Анализ истории жизни клиента. «Выращивание» его потребности в изменении. Освоение стратегии ответственности. Осознание вторичных выгод непродуктивного стиля взаимодействия. Осознание и преодоление сопротивления изменениям.
Дифференциация и согласование конфликтных стремлений в сфере внутриличностного пространства	Дифференциация составляющих частей внутриличностного конфликта и сопутствующих ему негативных эмоций. Открытое выражение негативных эмоций. Признание позитивной сути составных частей конфликта. Возрождение веры в личностную состоятельность, наполнение структурных звеньев самосознания позитивным содержанием. Реконструкция социальных установок.
Дифференциация и согласование конфликтных стремлений в межличностном пространстве	Осознание клиентом своего вклада во взаимоотношения и ответственности за их дальнейшее развитие. Осознание идентификации участников межличностного конфликта с эмоционально насыщенными социальными установками и моделями контакта, принесенными из семьи и социума. Обособление клиента от лиц, участвующих в конфликте. Расширение рамок позитивного восприятия партнера и ситуации взаимодействия. Самостоятельное согласование противоборствующих стремлений в межличностном взаимодействии.
Изменение привычных неконструктивных стереотипов взаимодействия	Признание необходимости изменения привычных неконструктивных стереотипов общения. Преодоление привычных неконструктивных установок, стереотипов и сомнений. Развитие гибкости. Использование своих позитивных ресурсов. «Работа над ошибками».

Основная (реабилитационная, или реконструктивная). Собственно работа по оказанию психологической помощи, которая направлена на преобразование трудной жизненной ситуации путем активизации собственных психологических ресурсов клиента (или семьи в целом). Как правило, здесь необходима работа в двух направлениях:

а) реконструкция образа мира, т. е. семейного или личного мифа клиента, развитие ценностного отношения к себе, другим, миру в целом;

б) овладение необходимыми жизненными стратегиями и тактиками поведения.

Завершающая. Эта инвариантная модель пригодна для осмысления и выстраивания всего процесса психологического сопровождения. В каждом конкретном случае общая схема наполняется конкретным содержанием в соответствии с особенностями трудной жизненной ситуации человека. Ее наполнение представлено, к примеру, в исследованиях В. А. Горяниной (табл. 4).

10.2. Диагностическая стадия психологического сопровождения

Особенности диагностики в процессе психологического сопровождения

Работа по психологическому сопровождению личности предполагает знание особенностей жизненной ситуации человека, как внешних, так и внутренних ее аспектов. Надо знать особенности образа мира человека: его представления о жизни, его образ Я, представление и отношение к другим людям и миру в целом; причины неблагополучия (резкое ухудшение внешних условий бытия, снижение уровня жизни или устойчивая дисфункция). Это знание будет определять первоочередные задачи и ход психологического сопровождения.

Проблема психологической диагностики сама по себе достаточно сложна, а в психологическом сопровождении — особенно: на первый план выступают этические аспекты. Специалист, хоть раз работавший с человеком в период кризиса, знает, как непросто быть допущеннным в его внутренний мир, как сложно разобраться в причинах неблагополучия. Но даже если человек доверится психологу, необходимо осознавать всю меру своей ответственности, понимать, ради чего и для чего проводится диагностика.

Как известно, диагностика может осуществляться в двух парадигмах: субъект-объектной или субъект-субъектной.

В субъект-объектной парадигме действует схема «диагноз — прогноз — управление». Диагностика приобретает характер экспертизы,

она обезличена: психолог на основе информации, полученной с помощью тестов, опросников и других диагностических методик, делает заключение об особенностях личности клиента и его состоянии; сам намечает стратегию и тактику воздействия, а затем подбирает и реализует коррекцию.

В субъект-субъектной парадигме схема принципиально иная: совместное исследование жизненной ситуации человека — принятие клиентом решения об изменении — совместная работа как со-бытие клиента и психолога — позитивное развитие человека. Как видим, диагностика трансформируется в совместное исследование — вместе с психологом человек осознает свою жизненную ситуацию, свое отношение к себе, другим, миру в целом во времени жизни. В этом случае осуществляется принципиально иной подход: психолог не изучает человека, а вместе с ним отслеживает и осознает состояние его системы представлений и отношений с самим собой, другими людьми, с внешним миром. Клиент становится активным участником процесса: вместе с психологом включается в осмысление особенностей собственной жизненной ситуации, познание себя и своих отношений с миром, начинает осознавать внутренние причины своих жизненных затруднений.

В этом случае суть проблемы определяется в процессе полуструктурированного интервью, в ходе которого клиент излагает собственное понимание проблемы, а психолог с помощью различных психотехник (активное слушание, метамодели языка, построение вопросов и др.) создает условия для естественности этой беседы и направляет ее в нужное русло. В таком диалоге клиент более активен и самостоятелен, чем в случае экспертизы, а понимание особенностей трудной ситуации является достижением обеих сторон. В результате совместной работы по исследованию проблемы у клиента, как правило, появляется новый взгляд на свои жизненные затруднения.

Следующая особенность диагностики в психологическом сопровождении — единство познания особенностей жизненной ситуации человека и оказания ему психологической помощи. Наиболее четко эту позицию выразил С. Минухин, который отмечал, что терапевтическое воздействие является необходимой частью диагностики. Терапевт не может наблюдать и ставить диагноз со стороны. В диалогическом взаимодействии психолога с теми, кто обратился за помощью, происходит «взаимопроникновение картин мира» (Шибутани Т., 1998), совместное доброжелательное и заинтересованное отслеживание, обсуждение и осмысление отношений и способов взаимодействия человека с собой, другими, миром в целом.

Основные принципы диагностики в сопровождении

Первый принцип — единство диагностики и психологической помощи. Наряду с традиционной задачей психодиагностики — определением актуального состояния развития личности — процесс диагностики следует использовать для:

- стимулирования у клиента мотивации самопознания и самоизменения;
- выявления личностных ресурсов развития;
- выявления жизненных затруднений, пробелов в развитии тех или иных качеств, способностей, которые важны для гармонизации отношений человека с собой, другими людьми, миром в целом;
- принятия решения о том, какая психологическая поддержка необходима и достаточна для этого человека;
- отслеживания изменений, происходящих на различных этапах психологического сопровождения.

Второй принцип — отказ от наращивания арсенала психодиагностических методик и сосредоточение основного внимания на разработке и применении программ психологического сопровождения (индивидуального и группового консультирования, систем психотренингов, системы самостоятельной работы, создания новых сфер общения и т. д.). Только в этих случаях диагностическая работа будет иметь смысл и приведет к положительному результату. Любой из применяемых при диагностике приемов должен создавать условия для позитивного развития личности.

Третий принцип — максимальная приближенность диагностики к естественным жизненным условиям. Неслучайно многие исследователи проблемы социально-психологического сопровождения (М. Р. Битянова, А. В. Волосников, В. С. Мухина) привычному термину «диагностика» предпочитают понятия «отслеживание» или «совместное исследование», которые подразумевают наблюдение за деятельностью и поведением человека в естественной социальной среде.

Четвертый принцип — направленность диагностической работы прежде всего на выявление имеющихся у человека ресурсов развития и самопомощи.

Пятый принцип — исследование человека в его развитии. Специалисту важно знать историю жизни человека, личные и семейные мифы, в которых он живет, ценности, правила, устойчивые представления и отношения человека как внутри ближайшего окружения (членов семьи, сотрудников и др.), так и с внешней средой. Знакомство с историей семьи в нескольких поколениях помогает глубже понять, как в ней принято реагировать на неблагоприятные социально-психологические

условия, стрессовые, конфликтные или кризисные ситуации — снижением уровня активности или его повышением, сплочением семьи или разобщением ее членов.

Конечно, цели совместного исследования (диагностики) изменяются в зависимости от области применения психологического сопровождения. Так, целью диагностики при работе с семьей в период кризиса должно стать изучение тех связей, которые формируются у семьи с окружающим миром и внутри нее, во взаимодействии родителей между собой и с ребенком. Подобное изучение позволяет разработать перспективную программу работы с семьей и гибко изменять ее в процессе психологического сопровождения. По ходу работы участники процесса намечают ориентиры совместной работы (желаемые и возможные изменения), распределяют ответственность (что они намереваются делать вместе, какую функцию выполняет и какую роль принимает на себя каждый из них по отношению к партнеру, каковы правила их взаимодействия, как распределена ответственность за процесс и результаты), а также выявляют пределы необходимой и достаточной поддержки.

Для осуществления диагностики-отслеживания необходимо иметь четкие ориентиры, т. е. представления об основных показателях, характеризующих состояние образа мира человека, продуктивность или непродуктивность того, как он проживает последствия трудной и/или экстремальной ситуации и адаптируется к жизни.

Диагностика жизненного мифа (образа мира) и работа с ним

Выделим те показатели-ориентиры, которые необходимы для диагностики-отслеживания особенностей жизненной ситуации клиента, и охарактеризуем некоторые из показателей, позволяющих судить о позитивной или негативной адаптации к жизни.

Первая группа показателей отражает особенности образа мира или мифа личности (семьи).

Онтологическая уверенность (или неуверенность) в себе характеризует способность человека реалистически воспринимать действительность, принимать жизнь во всех ее проявлениях (не исключая трудностей и страданий), любить жизнь и чувствовать себя частью более широкой системы (семьи, социальной группы, общества, государства, жизни в целом). Возможно, именно такое отношение к жизни имел в виду герой романа Ф. М. Достоевского «Братья Карамазовы» Алеша Карамазов: «Я думаю, что все должны прежде всего на свете жизнь полюбить… полюбить прежде логики… непременно, чтобы прежде логики, и тогда только я смысл пойму».

Образ Я человека — представление о себе и своих возможностях влиять на жизнь, отношение к себе (маленький — большой,

сильный — слабый, способный или не способный изменить ситуацию и справиться с трудностями и др.).

Как правило, продуктивной адаптации к жизни соответствует представление о себе как об уверенном, сильном человеке, который может изменить свою жизненную ситуацию, стать автором своей жизни и ее главным действующим лицом, нести ответственность за себя и своих близких. Непродуктивной адаптации — представление о себе как о маленьком, слабом человеке, который не в состоянии изменить свою жизненную ситуацию. Такое представление сопровождается неуверенностью в своих силах, чувством бессилия и беспомощности (позиция жертвы). Возможен и другой вариант: человек внешне кажется сильным, как бы «закованным в броню», но при этом он отчужден от других, не способен на теплые, доверительные отношения, одинок и испытывает голод по любви.

Представление о других людях, о том, чего от них можно ожидать в трудной ситуации, и отношение к другим. Продуктивной адаптации к жизни соответствует представление о позитивной природе человека, отношение к другим людям как к равным себе, способность обратиться к ним с просьбой о помощи в трудной ситуации; непродуктивной адаптации — представление о других людях как об опасных и враждебных; отрицание возможности обратиться к ним за помощью в трудной ситуации. Или наоборот — взгляд на других людей как на «более сильных, чем я» и стремление любой ценой получить от них поддержку, спрятаться за их спиной.

Психологическое время личности — представление о своем прошлом, настоящем и будущем, индивидуальное переживание своего физического и духовного изменения в течение времени.

Вторая группа показателей выражает характер активности в трудной (экстремальной) жизненной ситуации и ее основное направление.

1. Направленность активности и ее характер. При продуктивной адаптации к жизни активность направлена на разрешение возникшего противоречия, ее характер соответствует особенности ситуации; при непродуктивной адаптации активность носит защитный характер и выражается в таких формах отчуждения, как:

а) отчуждение от людей и агрессивная активность, направленная на преодоление препятствия любой ценой (такую активность часто характеризуют словами «не человек, а танк», «пойдет по головам»); б) отчуждение от себя и своих ресурсов, поиск того, кто разрешит ситуацию; в) отчуждение от реальной жизни, уход в мир грез и фантазий.

2. Фиксированность или гибкость связей и способов поведения. Продуктивной адаптации к жизни соответствует гибкость

и разнообразие способов деятельности и поведения, выбираемых в соответствии с ситуацией и учетом будущего; непродуктивной адаптации: а) стереотипное, фиксированное, негибкое реагирование; б) конформное поведение.

Сопровождение в период кризиса требует от психолога и умения «присоединиться» к клиенту (говорить на его языке, войти в образ его мира), поэтому основные приемы отслеживания направлены на совместное с клиентом «проживание» его жизни. Применяя эти приемы, мы создаем условия для реконструкции сложившихся негативных представлений человека о себе, других, мире в целом и отношения к ним. Большая часть методик носит проективный характер. Это позволяет на время «отчуждать» различные фрагменты образа мира, исследовать и реконструировать их.

Примером проективных методик могут служить рисуночные тесты, широко применяющиеся в различных видах индивидуальной и семейной терапии (рисунок семьи, рисунок «Я и мир вокруг» и др.). По мнению французского психоаналитика-исследователя Ф. Дольто, рисунок правдивее речи, рисунок, как сон, — он выражает и подразумевает. Человек, поглощенный своими желаниями, доверяет эти желания рисунку. Так, с помощью рисунка он раскрывает скрытый внутренний мир: он нам рассказывает сны, которые содержат пороки, секреты, о которых он никому бы не сказал.

У рисуночных тестов есть еще одно достоинство: погружаясь вместе с человеком в мир его рисунка, мы постигаем естественный язык самовыражения человека, на котором можно адекватно разговаривать с ним, присоединиться к его системе представлений и чувств, чтобы постепенно трансформировать их.

Диагностика образа мира как мифа

Динамику изменения представлений и отношений клиента к себе и миру необходимо отслеживать на протяжении всего процесса психологического сопровождения. Но на определенном этапе процесса центром работы могут стать личностные и семейные мифы.

Выявить жизненный миф человека можно через анализ вербальных и невербальных текстов, продуцируемых человеком. Рассказ о себе и своей ситуации, рисунок, авторская сказка, различные варианты драматизации, танец, которые помогают в ситуации «здесь и теперь» одновременно и осознать особенности мифа, и вести работу по реконструкции того или иного его фрагмента. При этом у психолога появляется уникальная возможность создавать для каждого конкретного клиента психотехники преобразования его жизненной ситуации.

Авторская сказка как диагностический и психотерапевтический прием

Многие исследователи (К. Г. Юнг, К. П. Эстес, Дж. Калшед) рассматривают работу с авторской сказкой как форму психологической практики, позволяющей в единстве выявить особенности «травмированного» образа мира человека и преобразовать его.

Сказка является культурной формой. Она содержит в себе определенные, субъективно преломленные автором культурные мифы и стереотипы семейного взаимодействия, которые представлены в виде персонажей, их личностных качеств и способов поведения, а также способов взаимодействия героя с собой, другими и миром в целом, его способы решения конфликтов, совладания с трудными жизненными ситуациями. Эти стереотипы соответствуют наиболее глубинным и универсальным пластам психики человека, сочиняющего сказку. По сути, в момент написания сказки «задействован» некий общий и понятный для всех «язык», который К. Г. Юнг назвал «архетипами коллективного бессознательного».

Авторские сказки в большой степени насыщены личностным опытом человека; они в метафорической форме представляют его трудную жизненную ситуацию, эмоции, которые он переживает, типичные для него способы поведения в ней, стереотипы выхода из нее. Можно сказать, что авторская сказка (в отличие от многих прямых вербальных методик) дает возможность отключить «внутреннюю цензуру». Поэтому в ее тексте отражается скрытая (сознательная или бессознательная) установка автора на восприятие окружающей действительности, основанная на его прошлом опыте, а также его отношение к самому себе (принятие или непринятие «образа Я»). Именно эти характеристики и являются ключом к пониманию образа мира человека.

Таким образом, сказка наиболее полно позволяет понять мифы, в которых живет человек, характерные для него способы взаимодействия с самим собой, другими, миром в целом. Причем она в метафорической форме представляет проблемную ситуацию человека и его эмоции, а также позволяет увидеть типичные стратегии и тактики его поведения. При этом важно, что сам автор занимает рефлексивную позицию наблюдателя. Эта позиция позволяет ему несколько отстраниться от потока эмоций, как бы подняться над ним и увидеть свою жизненную ситуацию в более широком масштабе. Таким образом, создается определенная дистанция между мифом и человеком, а значит, появляется возможность вмешаться в собственный миф и преобразовать его, сделать его более продуктивным, помогающим жить.

Процедура написания и анализ авторской сказки

Как уже отмечалось, в основе данной методики лежит проекция индивидом своего внутреннего опыта (прошлого или переживаемого в настоящий момент) на элементы сказочной структуры, которые известны ему с детства. В процессе сочинения сказки возникают чувства, которые автор проецирует на того из героев, с которым идентифицирует себя. Здесь вместе с диагностической «работают» психотерапевтическая функция методики: у сочинителя появляется возможность с помощью художественного образа выразить свои чувства и отреагировать их.

Анализ структуры текста сказки можно проводить по такой схеме:

- начальный анализ текста сказки выявляет актуальную проблему;
- кому приписывает автор ответственность за возникновение трудной ситуации;
- кого (или что) он представляет как препятствие в разрешении трудной ситуации;
- какова позиция автора по отношению к герою, с которым он идентифицирует себя;
- каковы действия и способ жизни этого героя, отношения и действия персонажей сказки по отношению к главному герою;
- каковы культурные мифы, нормы отношений человека к себе, другим, миру в целом представлены в авторской сказке;
- каковы способы действия выбирает герой для преодоления трудностей;
- завершение сказки как прогноз дальнейшего жизненного пути.

Начальный анализ позволяет многое узнать о жизненной ситуации человека. Однако более глубокое понимание требует семантического анализа текстов, который проводится в три этапа.

На первом этапе из текста выделяют психологически значимые элементы (слова, символы) и проводится частотный анализ, который позволяет определить степень актуализированности различных элементов в образе мира автора.

На втором этапе осуществляется отбор наиболее актуализированных в данном тексте бинарных оппозиций, которые вступают между собой в отношения противопоставления по признаку «позитивный — негативный» и выступают как координаты представлений и отношений человека к объектам реального мира.

На третьем этапе выделяется тип образа мира и дается его содержательная характеристика.

Семантический анализ позволяет приблизиться к пониманию той общей идеи, которая лежит в основе личностного мифа и которой

руководствуется человек, соизмеряя и сорасчленяя события своей реальной жизни, устанавливая определенный порядок в выстроенной картине мира, структурируя его.

Так, анализ образа Я в сказке и вербальных проявлениях клиентов во время ее написания включает анализ семантики самооценки, самоотношения в прошлом, настоящем и будущем. Проводится анализ действий героя сказки, его ориентированность на ту или иную модель взаимодействия с самим собой и другими людьми (конструктивное взаимодействие, конфронтация, «конформное приспособление», отчуждение, диссоциация, самоуничтожение и др.). В сказках, как правило, предстает динамика изменений каждого из структурных звеньев образа мира во времени (прошлом, настоящем и будущем): до травмы, вызванной трудной или экстремальной ситуацией, — символически представленный момент травмы — реакция на травму — состояние образа мира на момент написания сказки — прогноз-представление о собственном будущем.

Методики исследования «истории мифа»

Нередко в процессе психологического сопровождения появляется необходимость не только изучить личность в ситуации «здесь и теперь», но и обратиться к историческому прошлому — истории семьи, рода в нескольких поколениях (М. Боуэн, Ю. Гиппенрейтер, А. Шутценбергер и др.).

Приведем некоторые приемы работы с историческим прошлым, которые возможно использовать в процессе психологического сопровождения.

Методика «я и мой жизненный путь» (автобиографический прием). Эта методика применяется в ходе индивидуальной работы и предполагает письменное изложение клиентом своей истории в контексте истории семьи. Такой прием помогает человеку осознать, каким образом прошлое повлияло на настоящее и как это влияние продолжает сказываться до сих пор.

Выполнение задания позволяет увидеть повторяемость семейных стереотипов поведения и принять решение о «прощании с прошлым», освобождении от стереотипов, которые не соответствуют новым жизненным условиям. Предлагаемые клиенту вопросы для размышления направляют его внимание не столько на панораму времени, сколько на его собственную историю жизни, помогают исследовать, каким образом условия быта, события и люди повлияли на его жизнь.

Перед началом работы клиент получает следующую инструкцию:

1. Сначала кратко опишите внешние события вашей жизни (время и место рождения, национальность, социально-экономическое

положение вашей семьи, число братьев и сестер, каким по счету родились вы, общие социальные условия, в которых вы жили). Как эти внешние обстоятельства повлияли на ваше развитие?

2. Излагать свою биографию можно по-разному: в хронологическом порядке, рассказывая о своей жизни год за годом; или с того момента, который является для вас значимым. Можно сначала набросать общий план основных событий в хронологическом порядке, а затем подробно остановиться на том, что больше всего вас привлекает, и вновь вернуться к плану, чтобы не упустить важные моменты жизни. Пишите так, как вам удобно. Самое сложное — это начать писать. Попробуйте излагать мысли в виде потока сознания. Это лучше, чем заранее ограничивать изложение жесткими рамками плана.

3. Описывая свою жизнь, будьте откровенными и беспристрастными, не бойтесь предстать в невыгодном свете. Обратите внимание на те моменты своей жизни, которых вы стесняетесь: их осмысление поможет многое понять, лучше осознать свою жизнь и найти конструктивные способы отношений с собой и другими, стать более успешным. Если текст покажется вам слишком длинным и бессвязным, можно сделать на его основе более короткий и четко организованный вариант для своего психолога. Такая работа поможет вам лучше увидеть привычные для вас модели поведения и оценить их эффективность.

Вопросы, предлагаемые клиенту для размышления:

1. Каким вы были в разные периоды своей жизни?
2. В какую сторону вы изменились с тех пор?
3. Воспринимали ли вас окружающие так же, как вы воспринимали себя?
4. Какие маски вы носили? Как искажали свою истинную натуру, чтобы быть принятым окружающими? Чтобы защищаться от них?

Можно дать клиенту задания для письменного выполнения:

1. Опишите поворотные моменты, во время которых происходили изменения в вашем понимании жизни или отношении к ней. Такие события часто воспринимаются как испытание или инициация и могут происходить как кризис или проверка на прочность.
2. Опишите замеченные вами стереотипы или конфликты, которые повторялись в различных жизненных ситуациях, а также уроки, которые вы вынесли из своего жизненного опыта.
3. Опишите свои самые ранние воспоминания.
4. Отметьте любые события, которые травмировали вас (например, болезни, несчастные случаи, смерти, расставания, насилие, сексуальные оскорбления и т. д.). Как они повлияли на вас?

5. Подумайте, как бы вы назвали книгу о своей жизни, если бы написали ее. Придумайте сказку о своей жизни и проиллюстрируйте ее рисунками.

После завершения устной или письменной работы следует задать два итоговых вопроса:

1. Вы принимаете свой жизненный опыт или относитесь к нему отрицательно?

2. В чем, на ваш взгляд, состоит более глубокое значение и предназначение вашей жизни?

Составление генограммы семьи

Семейная генограмма — это психологический метод работы с «семейным деревом», который разработан М. Вруном. Она помогает выявить факторы, оказавшие влияние на становление системы семейных ценностей, правил жизни и стереотипов поведения; узнать о семейных преданиях, которые бытуют во всех ветвях семьи в трех поколениях. Такое выявление осуществляется в ходе индивидуальной беседы. В результате создается семейная генограмма. Генограмма широко используется в различных направлениях индивидуальной и семейной психотерапии.

Для составления генограммы на первой консультации психолог может задать клиенту следующие вопросы.

О самом клиенте: «Как вас зовут? Сколько вам лет? Вы замужем (женаты) или одиноки? Как зовут вашего супруга (супругу)? Когда вы вступили в брак? Какие у вас отношения с супругом (супругой)? Есть ли у вас дети?».

О детях клиента: «Как их зовут? Сколько им лет? Какие у вас отношения с детьми? Как дети относятся друг к другу?».

О родителях клиента: «Как зовут ваших родителей? Сколько им лет? (Или год рождения каждого из них.) Чем они занимаются? (Если умерли, то когда и по какой причине.) Какие взаимоотношения между матерью и отцом сейчас? Какими они были, когда вы росли?».

О братьях и сестрах клиента: «Какие отношения существуют между вами и вашими братьями и сестрами? Как ваши родители относятся к вам и вашим братьям и сестрам? Как сложилась судьба ваших братьев и сестер? Где они сейчас? Чем они занимаются? Какова их семейная ситуация?».

Задавая эти и подобные вопросы (в реальной беседе они звучат не так жестко и однозначно), специалист выслушивает человека, наблюдает за его поведением, мысленно отмечает особенности поведения и речи (как он говорит, есть ли напряжение в теле, каковы тон и скорость ответов на различные вопросы, какие ключевые слова он употребляет).

В речи, особенно при воспоминаниях о значимых для человека жизненных ситуациях, чаще всего ярко проявляются непродуктивные жизненные установки, семейные правила, характерные модели семейных отношений и поведения в сложных жизненных ситуациях, которые не позволяют семье адаптироваться к жизни и добиться успеха.

Кроме беседы можно использовать графические приемы: составление генеалогического дерева или семейной генограммы. Форма генеалогического дерева хорошо известна. В генограмме же, как правило, клиенты с помощью символов изображают историю семьи. Один из вариантов заполнения генограммы можно найти в книге Э. Эйдемиллера «Методы семейной диагностики и психотерапии» (М., 1996).

Методика «рамки, через которые мы смотрим на мир»

Методика предназначена для того, чтобы человек смог исследовать свой образ мира и осмыслить влияние, которое он оказывает на восприятие себя, других, жизни в целом. Она создает условия для мягкой недирективной реконструкции представлений человека о мире и своих возможностях. Применяется в небольшой группе.

Цель методики: помочь человеку сравнить свои взгляды на мир с другими (противоположными) взглядами; осознать, как его взгляды на мир влияют на восприятие жизни в целом; подвести к мысли о возможности сознательного выбора своего отношения к жизни; укрепить веру в возможность продуктивных отношений с людьми.

Необходимое оборудование:

- Для психолога — две большие рамки из картона (шириной примерно 10 см) и большие листы бумаги различных цветов, две большие фотографии (грустная и веселая). На одной из рамок заранее написаны пессимистические высказывания («Я ничего не могу с этим поделать», «Все ополчились против меня», «Мы живем в никудышном мире», «Все так безнадежно» и т. д.), на другой — оптимистические («Я справлюсь!», «Как прекрасен этот мир!», «У меня так много друзей», «Жизнь прекрасна!» и т. п.);
- Для каждого участника — по две рамки из белой плотной бумаги и картона, восковые мелки, две фотографии или картинки (грустная и веселая), несколько разноцветных листов плотной бумаги (размером больше, чем фотографии или картинки).

Процедура. Психолог обращается к участникам: «Вот две большие фотографии. Потом вы посмотрите на них. Я буду показывать вам эти фотографии на фоне разных по цвету листов бумаги, чтобы вы могли определить, как влияет цвет рамки на ваше восприятие фотографии

и настроение (показывает фотографии, прикладывая к разным по цвету листам).

У каждого из вас по две фотографии. Приложите "веселую" фотографию по очереди к листам черного, серого, синего, красного и желтого картона. Как разный цвет рамок влияет на ваше настроение при разглядывании фотографий?

Затем повторите то же самое с "грустной" фотографией. Что вы чувствуете, когда смотрите на фотографию? О чем вы думаете? Какой представляется вам жизненная ситуация на фотографии?».

Участники занятия выполняют предложенные психологом действия и высказывают свое мнение.

Психолог: «Когда мы смотрим на мир, мы также используем разноцветные рамки. Только такими рамками становятся наши мысли.

Иногда мы смотрим на мир сквозь рамки из "черных" мыслей (показывает рамку с пессимистическими фразами и предлагает вспомнить моменты, когда участники смотрели на мир сквозь подобную рамку), иногда — сквозь рамку из светлых и радостных мыслей, например, таких (показывает рамку с оптимистическими высказываниями и просит вспомнить периоды жизни, когда участники воспринимали окружающее сквозь такие рамки).

Сейчас вы получите по две пустые рамки. На одной из них, назовем ее пессимистической, запишите все пессимистические мысли, которые придут вам в голову, на другой, оптимистической, — свои оптимистические мысли».

Затем участникам занятий предлагается «примерить» рамки — сначала негативную, затем позитивную; посмотреть на окружающее через каждую из них, произнося при этом слова, которые соответствуют их мыслям и чувствам при взгляде через каждую из рамок (по отношению к миру, к другим людям, к себе самому).

Вопросы участникам занятия:

1. Как вы себя чувствуете, когда смотрите на мир через рамки, которые сами себе и создали:

- через пессимистическую рамку;
- через оптимистическую рамку.

2. Чего вы достигаете, когда смотрите через пессимистическую рамку?

3. Чего вы сможете достигнуть, если будете смотреть на мир через оптимистическую рамку?

Комментарий для специалистов

Методика основана на трех принципах: проекции, контрастов и самофутурирования.

В ходе ее выполнения психолог, во-первых, создает условия для действия проекции — всеобщего механизма функционирования сознания, обусловленного его символико-смысловой природой; во-вторых, помогает человеку организовать свои действия с помощью рефлексии.

Сравнение взглядов на жизнь проводится по принципу контраста и помогает человеку пережить действие разных «рамок», оценить влияние своего, по-новому увидеть свои возможности.

Использование самофутурирования, т. е. перенесения воображаемых картин будущего в психологическое настоящее человека, становится основой для реконструкции образа мира.

Данная методика побуждает человека осмыслить собственное отношение к жизни, ненавязчиво подводит к мысли о возможности сознательного жизнетворчества на основе веры в себя и позитивных ожиданий.

10.3. Реабилитационная стадия психологического сопровождения

На этой стадии специалисты (на основе результатов диагностической стадии) создают условия, необходимые и достаточные для реконструкции «кризисного» образа мира, формирования новых продуктивных моделей поведения и полноценной адаптации человека в социуме. Они разрабатывают и реализуют гибкие индивидуальные и групповые программы поддержки и реабилитации. Предусматривается также создание специальных психологических условий для оказания первичной (экстренной) помощи человеку или семье в экстремальной ситуации и последующей квалифицированной помощи.

По мере необходимости используются методы и приемы, разработанные в различных направлениях психотерапии. В контексте существующих в современной науке подходов к психологической помощи создано немало методов, которые можно использовать для постепенной реконструкции основных звеньев субъективного образа мира личности. Наиболее часто применяются методы, разработанные в бихевиорально-поведенческой, когнитивной, клиент-центрированной терапии, психодраме и гештальттерапии. Однако арсенал средств постоянно расширяется. В последние годы в практике сопровождения получают широкое распространение приемы арттерапии, библиотерапии, экологической, телесной и танцевальной терапии. Особенно значима в сопровождении обратная связь, которую дает психологу клиент.

От умения улавливать обратную связь и маневрировать в соответствии с этим зависит успех совместной работы.

Выделять и разграничивать методы и приемы, которые использует психолог в процессе сопровождения, предельно сложно: они так часто изменяются, переходят один в другой, что их трудно разделить. Главное — не какой метод применяет специалист, а насколько этот метод соответствует общему направлению работы преобразования жизненной ситуации клиента. Возможно, именно поэтому важнейшим качеством специалиста по сопровождению считается гибкость, позволяющая его чувствам и убеждениям создавать и формировать приемы по мере раскрытия конкретной ситуации. Проявляя свои убеждения в многосложности жизненной практики, он уподобляется «бегущему по волнам лунному отражению».

В сопровождении особую значимость приобретает личностная зрелость специалиста, ведь основой психологического сопровождения является особая форма взаимоотношений в системе «психолог — клиент», которую К. Роджерс назвал помогающими отношениями. Она основана на сознательном использовании механизма идентификации — обособления и помогает создать условия для переживания, объективации, рефлексии и реконструкции образа мира клиента и его отдельных фрагментов в период консультаций и групповых занятий.

Говоря о помогающих отношениях и методах воздействия (вплоть до конкретных психотехник), важно понять, что одной любви к человеку и умения построить помогающие отношения с ним для работы на реабилитационном этапе недостаточно, как и недостаточно лишь методов и психотехник. Важно их единство, которое возможно только при личной зрелости специалиста. Размышляя об этой проблеме, основатель семейной психотерапии К. Витакер писал: «Целью техники становится такая зрелость терапевта, когда он перестает использовать техники».

Основные этапы реабилитационной (реконструктивной) стадии

В психологическом сопровождении (как пролонгированном процессе) особое внимание уделяется процессуальному анализу и определению динамики изменений личности: процесс необходимо выстраивать в соответствии с закономерностями прохождения человека через кризисные периоды жизни.

В соответствии с закономерностями перехода от позиции жертвы к позиции ответственности за свою жизнь, описанными в научной литературе, выделим следующие этапы психологического сопровождения на реабилитационной, или реконструктивной, стадии.

1. Создание безопасного пространства, обеспечивающего чувство безопасности в физическом пространстве бытия, а также доверие к специалисту по сопровождению (психологическая безопасность).

2. Возрождение чувств и отреагирование травматического опыта, пробуждение у людей, пострадавших в экстремальной ситуации, желания жить и веры в возможность позитивного будущего.

3. Работа с разрушительными чувствами (в частности, агрессивными), результатом которой становится «расчистка» внутреннего пространства.

4. Принятие и укрепление своего Я:

а) осознание ценности себя и своей жизни (позиция «Я — ценность, доверенная самому себе»);

б) ощущение себя не частью семьи или группы, а необходимой частью жизни.

5. Расширение внешнего пространства. Изменение отношений к окружающим (позиция «Я — один из людей») и способов взаимодействия с ними.

6. Освоение новых жизненных ролей и моделей поведения. Обретение уверенности в своих силах.

7. Готовность к переменам за пределами переходного пространства, в реальной жизни.

Это лишь общая модель динамики психологического сопровождения людей в период кризиса. Она нуждается в дальнейшей теоретической и эмпирической проработке. Однако уже сейчас отчетливо видна взаимосвязь основных этапов реабилитации и их соответствие модели прохождения личности через кризисные ситуации. Представление о динамике сопровождения задает четкие ориентиры для организации психологической помощи человеку в период кризиса.

Рассмотрим более подробно особенности работы на каждом из этапов реабилитационной (реконструктивной) стадии психологического сопровождения пострадавших в экстремальной ситуации.

Создание безопасного пространства. Создание безопасного пространства и восстановление доверия — начальный этап любой психологической работы с жертвами экстремальных ситуаций. Усилия психолога на этом этапе направлены на решение двух основных задач: создание безопасных внешних условий и конструирование доверительных, «помогающих отношений» между психологом и человеком, который обратился за помощью. При работе с людьми, пострадавшими в экстремальной ситуации, решение этих задач приобретает особое значение. Дело в том, что последствия травматического опыта — недоверие к людям, страх предательства, зависимость, гремучая

смесь «любви — ненависти» — имеют тенденцию проявляться и при построении отношений с психологом. Но если человек начинает доверять психологу, у последнего появляется бесценная возможность «передать» свое собственное представление о жизни и отношение к ней.

Средства, помогающие психологу создать атмосферу доверия. Прежде всего это организация пространства и времени. Поскольку при соприкосновении с воспоминаниями о травме неизбежны интенсивные переживания, чрезвычайно важна специальная организация четких терапевтических рамок. Только в пространстве «внешней рамки», которую человек ощущает как безопасную, можно обращаться к тяжелым переживаниям и работать с внутренним миром личности. Важно, чтобы человек ощутил пространство комнаты, где он встречается с психологом, как безопасное, надежно защищающее от невзгод внешнего мира; как сцену, на которую он может без страха осуждения вынести вовне, заново прожить и изжить свою внутреннюю драму, отыграть темы личного пространства, эго-границ, автономии, а значит — восстановить и реконструировать разрушенный внутренний мир. Необходима постепенная (буквально шаг за шагом), взаимно осознаваемая работа по созданию между психологом и клиентом доверительных и устойчивых эмоциональных связей. Тогда станет возможным неторопливое и мягкое движение к теплоте, доверию и человеческой близости.

Если психологу удастся стать человеком, «которому можно доверять», появляется шанс восстановить связи с людьми и миром, которые были травматически прерваны, а значит — восстановить процесс позитивного развития человека и укрепить у него чувство собственного Я. Идентифицируясь с психологом, клиент ассимилирует терапевтические взаимоотношения в тематические структуры своего образа мира, что и создает внутренние условия для его преобразования (реконструкции).

Особенности позиции психолога. Прежде чем начинать работу по реконструкции образа мира человека, психолог должен проявить душевную, духовную и поведенческую гибкость, установить необходимые отношения и пристроиться к его изначальной модели мира. И первый шаг, который необходимо сделать навстречу клиенту, — принять его и присоединиться к нему, предположить, что тот прав в своей установке по отношению к окружающим людям, какой бы она ни была.

Созданию продуктивного контакта нередко мешают культурные стереотипы клиентов. К примеру, характерные для российского

менталитета установки «мужчина должен быть сильным» и «надо всегда держать себя в руках» предельно затрудняют работу с молодыми ветеранами локальных конфликтов. Надо быть готовым к их сопротивлению, а также к своеобразным «провокациям», которые на деле оказываются всего-навсего проверкой специалиста на терпимость и умение принять другого человека во всех его проявлениях.

Чем сильнее нарушена целостность «Я» человека, пострадавшего в экстремальной ситуации, тем больше поддерживающих элементов, которые способствуют интеграции, восстановлению целостности, должно включаться в работу. Это может достигаться, например, поддерживающей позицией психолога на начальном этапе работы, сокращением (или, наоборот, увеличением) времени сеанса, использованием идентификационных техник и приемов активного слушания, которые детально разработаны в гуманистической, клиент-центрированной терапии (К. Роджерс, Р. Мэй и др.).

Возрождение чувств и отреагирование травматического опыта. Возрождение чувств и проявление, «отыгрывание» вовне негативных эмоций составляют основное психологическое содержание второго этапа работы. Это очень сложный период как для человека, пострадавшего в экстремальной ситуации, так и для психолога. Ведь работа с травматическим опытом порождает интенсивные эмоциональные реакции и у клиента, и у психотерапевта.

При реанимации способности чувствовать первым ответом тела часто становится реакция физической боли. Поэтому приходится постепенно приучать клиента к естественному контакту со своим телом и миром вокруг. Для такого постепенного возвращения контакта с собой в практике психологического сопровождения лучше всего подходит экологическая психотерапия: в общении с природой человеку дают почувствовать вкус чистой воды, свежий запах зелени.

На этом этапе целесообразно использовать приемы телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, а также позволяющие активно действовать психодраматические техники.

Работа с разрушительными чувствами (в частности, агрессивными). После того как удается «реанимировать чувства», приходит время наиболее сложного и драматичного этапа психологического сопровождения — встреча с гневом. Гнев буквально переполняет тех, кто пострадал в экстремальной ситуации. Однако выразить его мешает культуральный запрет, страх, что «не поймут и осудят» (раздражение, гнев традиционно считаются в нашей культуре «плохой

эмоцией»). Тем более что люди не имеют опыта конструктивного его выражения.

На этом этапе важно укрепить убеждение клиента в том, что выражение чувств (в том числе и гнева) является совершенно естественным, и предоставить ему возможность сделать это. Хорошим средством отыгрывания своих чувств становится психодрама, которая позволяет не говорить о событии, а воспроизводить его в действии, активно экспериментировать как с реалистичными, так и с нереалистичными жизненными ролями, выстраивать стратегию своего поведения с разных ролевых позиций и с разными исходами.

Лишь после того как наличие гнева признано, а выражение его в игровой форме «стало позволено», человек может осознанно контролировать свое поведение. Это дает ему чувство безопасности (исчезает постоянный страх «сорваться», появляется уверенность: «Я могу управлять своими эмоциями»).

Принятие, укрепление и реконструкция образа Я. Поскольку тяжелые жизненные ситуации (особенно экстремальные и чрезвычайные) сопровождаются формированием негативной значимости себя (А. Ф. Шадура, 1999) и кризисом идентичности (Э. Эриксон), психологическая помощь человеку в ситуации разворачивающегося пост-травматического кризиса (и особенно такого его варианта, как «слом») предполагает принятие и укрепление своего Я, восстановление целостности и интегрированности личности. Достичь этого можно только через освобождение от последствий пост-травматического стресса, осознание и снятие негативных проекций, принятие себя изменившегося и преобразование образа Я (которое можно назвать переидентификацией).

Задачи психологической помощи в этот период — реконструкция образа мира и прежде всего образа Я, а также расширение жизненного пространства личности. Новые задачи требуют изменения психотехник. Индивидуальное консультирование все больше сочетается с групповой работой (тренинги, группы взаимопомощи, клубная работа), которая позволяет получать столь необходимую для создания нового образа Я обратную связь.

Охарактеризуем некоторые из этих психотехник.

Поскольку условием обретения новой цельности Я становится развитие рефлексивных способностей человека, которое позволяет освоить «позицию вненаходимости» (термин М. М. Бахтина)», человеку важно осознанно занимать и позицию деятеля (Я наблюдаемое), и рефлексивную позицию исследователя (Я-наблюдатель, который трезво смотрит на ситуацию со стороны).

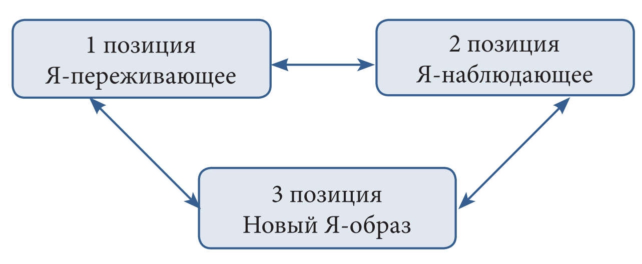


Рис. 3. Трехпозиционная схема преобразования образа Я

«Позиция вненаходимости» — это умение мысленно выйти из ситуации и посмотреть на нее со стороны. Она помогает освободиться от эмоциональной включенности и увидеть ситуацию в более широком контексте. Овладеть доступом к «позиции вненаходимости» — значит получить возможность выбора между отстраненным, но реалистическим восприятием окружающего в экстремальной ситуации и полным погружением, когда человеком овладевает паника, ужас или он оказывается в беспамятстве.

На рисунке 3 «Я-переживающее» включает актуальные представления человека и его аффективные переживания в конкретной жизненной ситуации.

«Я-наблюдающее» отражает возможность объективно оценивать события, эмоции и поведение, а также их смысл. По сути, это рефлексивная позиция личности. Основа для ее развития — постепенно «выращиваемая» у клиента способность психологического дистанцирования, которая открывает ему доступ к рефлексивной «позиции вненаходимости», а значит, помогает справиться с «затоплением чувствами». По мере того как клиент обретает способность гибко перемещаться от позиции «Я-переживающее» к позиции «Я-наблюдающее», у него постепенно развивается новое интегрированное представление о себе и новое позитивное отношение к себе (новый интегрированный образ Я).

В процессе такой работы человек прорабатывает свой травматический опыт. Он начинает четко разделять «образ себя в прошлом» и «образ себя в настоящем» и включает каждый из этих образов Я в единую линию времени «прошлое — настоящее», продолжающуюся в будущее, т. е. создает по-новому свою жизненную историю. Таким образом, человек устанавливает связь между пред-травматическим, травматическим и пост-травматическим контекстами, начинает чувствовать единство своего Я и определенную осмысленность и интегрированность жизненного опыта.

Интегративная когнитивная психотехника «Модель трельяжа»

Эти идеи лежат в основе многих психотехник, направленных на реконструкцию образа Я и работу с психологическим временем личности. Приведем описание одной из них — эта психотехника весьма эффективна на данном этапе. Она позволяет проработать три контекста психологического времени жизни: прошлое (до травмирующего события), настоящее (во время экстремальной ситуации и после нее) и будущее (проект жизни).

Модель состоит из трех блоков (или панелей). Их можно образно представить как три зеркальные плоскости трельяжа.

Первый блок («Я до травмирующего события») отражает значимые события жизни, предшествовавшие травматическому опыту. Он служит точкой отсчета для анализа. Среди психотравматических тем основными являются: культурный опыт, контроль, власть, уязвимость, страх, отношения, близость, семья, гендерные роли, сексуальность, религия. В пределах каждой темы ведется совместное исследование личных убеждений, ценностей, ожиданий, опасений и поведения «того человека, которым был я до экстремальной ситуации».

Второй блок («Я во время травмирующего события») фокусируется на травматических переживаниях экстремальной ситуации. Кроме тем, указанных в первом блоке, психолог обсуждает вместе с клиентом следующие процессы:

а) попытки «защититься», подавить воспоминания о тяжелых событиях (например, оцепенение или отрицание), отстраниться от травматических переживаний и тревоги;

б) агрессию как попытку достичь контроля над переживанием и эмоциями;

в) механизмы совладания, которые адекватны во время экстремального события, но впоследствии могут привести к неадекватному поведению.

Третий блок предполагает работу с необходимой для интеграции образа Я совокупностью всего жизненного опыта человека (как дотравматического, так и полученного в ходе травматических событий), который повлиял на сегодняшнюю жизнь человека. В центре его новое отношение к опыту, себе и своему будущему.

При работе с каждым из этих блоков выделяются такие части-состояния личности, как «Я-переживающее», «Я-наблюдающее» и «новый, интегрированный Я-образ», которые отражают те когнитивные и аффективные изменения, которые происходят с клиентом в процессе сопровождения.

Техника зеркального автопортрета

Эта техника эффективна на более поздних этапах процесса реконструкции образа Я (в индивидуальном консультировании, а особенно в работе зрелой психотерапевтической группы). Техника напоминает символическую реконструкцию ключевого события лакановской стадии зеркала — озарения, узнавания (и почти импринтингового запечатления) образа Я, но на принципиально ином уровне: взрослый человек уже имеет доступ к символическому уровню. Язык словесного автопортрета в этой ситуации рождается заново, и это новое рождение не менее важно, чем значимая конфронтация с собственным визуальным образом.

Процедура выполнения этой техники немного похожа на магический ритуал, что вполне уместно при рождении нового мифа о себе, где требуется опыт мифопоэтического восприятия мира.

Время выполнения техники — 15–20 мин. Если работа ведется в группе из 8–10 человек, то упражнение с зеркалом занимает не менее 2,5–3 ч. Если же техника применяется в ходе индивидуальной консультации, то она становится ее центральным событием.

Создание обстановки. В комнате находится обычное большое зеркало. Оно освещено неярким, локальным светом настольной лампы или свечи. Перед зеркалом — стул. Садясь на него, человек становится главным действующим лицом, центром внимания всей группы, творцом.

Психолог занимает место на стуле сбоку от зеркала, но его не должно быть слишком хорошо видно. Он сидит на грани света и тьмы, как бы у входа в «иной мир». Человек, создающий автопортрет, может прочитать на лице психолога поддержку, благословение на долгое путешествие и знакомую готовность серьезно воспринять все, что является особенным и значимым для этого человека.

Группа располагается полукругом за спиной главного действующего лица. Ее члены могут задавать вопросы, комментировать описание или дополнять его своими наблюдениями и ассоциациями. В инструкции важно подчеркнуть, что все комментарии следует давать только через зеркало, т. е. обращаться к отражению, чтобы человек, сидящий спиной к группе, не поворачивался и не искал говорящего глазами.

И психолог, и группа символически выполняют по отношению к человеку перед зеркалом «функцию достаточно хорошей матери» (термин Д. Винникотта): она заботлива, но не чрезмерно беспокойна и позволяет детям испытывать известную долю свободы и риска в их стремлении к самопознанию и самораскрытию. Конечно, эти функции

шире, чем простая поддержка и подтверждение права «быть иным»: группа сравнивает, предлагает свои описания зеркального портрета, обращает внимание на изменения лица в зеркале. Заметим, что техника может полностью реализовать свои возможности только в зрелой тренинговой группе, которая прошла через первые стадии групповой динамики и в состоянии переживать разнообразные, порой глубокие и сильные чувства, осознавать их и самостоятельно устанавливать связи на групповом уровне. Хорошо (но вовсе не обязательно), чтобы группа имела опыт творческой работы со свободными ассоциациями.

Поведение психолога и группы неслучайно описаны параллельно: чрезвычайно важен момент идентификации членов группы с ведущим. Наблюдая за его поведением (взглядом, тоном голоса, темпом речи, манерой задавать вопросы и давать комментарии), члены группы невольно учатся, как можно помогать разным людям, как устанавливать смысловые связи, чтобы вновь приобретенный опыт был интегрирован с остальным опытом человека и группы.

Перед работой с зеркалом необходима небольшая настройка группы на предстоящую работу (или, как любят говорить психодраматисты, разогрев). Можно предложить вспомнить о портретах и автопортретах любимых художников или в молчании, напоминающем медитацию, прочувствовать и осмыслить слова М. И. Пришвина о том, что «жизнь и есть борьба за лицо», или просто внимательно взглянуть в лицо каждого из присутствующих.

Инструкция настраивает участников упражнения на вдумчивый поиск, размышления и сосредоточенное творческое состояние, столь непохожее на повседневное обращение к зеркалу «по делу». В самом общем виде она может звучать так: «Попробуйте описать свое лицо в зеркале как можно подробнее, не торопясь, — как если бы вы работали над автопортретом».

Динамика процесса. Находящийся перед зеркалом человек как бы создает новый образ себя. Автопортрет, рождающийся перед зеркалом, всегда уникален, а вот динамика процесса «перед зеркалом» имеет общую микроструктуру:

1. Выход к зеркалу и первая реакция на свое зеркальное отображение. Как правило, это смятение — вплоть до эмоционального шока: человек внезапно обнаруживает, что он не знает, что сказать о своем лице. Лицо застывает (как говорят сами участники процесса, «немеет», «становится плоским», «расплывается», «растворяется в тумане»). Речь становится косноязычной

2. Попытка преодолеть ступор приводит к своеобразной инвентаризации лица. Человек фокусируется на деталях, лицо как бы

распадается на составные части. При этом нередко всплывают и озвучиваются голоса «значимых других», их оценочные суждения, некогда послужившие основой негативного отношения к себе. «Папа всегда говорил: "Ну и страшная ты". И мне казалось — ужас да и только»; «Когда я была маленькая, дома была шутка, что мне надо носить прищепку на носу, потому что у меня очень большой нос…» и т. п.

Опыт проведения этого упражнения показывает, что вторая стадия нередко заканчивается своеобразным мини-кризисом: появляется ощущение усталости, даже слезы.

3. Принятие своего образа. Проговаривая на глазах принимающих людей (группы и психолога) привычные для себя негативные оценки, человек расстается с памятью о недобрых взглядах и словах и принимает себя заново. Рождается новый, позитивный взгляд на свое лицо. «Я сейчас увидела себя по-новому. Увидела разницу между моим и не моим. И мне нравится мое лицо. Я — естественная, спокойная». Этот процесс напоминает работу реставратора, который, удаляя с полотна напластования времени, возрождает прекрасный лик.

Если человеку не удается самостоятельно завершить эту работу, он обращается к группе или (если работа индивидуальная) к психологу и получает положительную, «принимающую» обратную связь, которая помогает ему изменить отношение к себе.

Психологический смысл такой работы — акт самопринятия перед лицом группы и одновременно акт принятия группой. Тем самым создаются условия для повышения самооценки, создания положительного образа себя, нахождения собственных ресурсов, точки опоры в себе, выраженной словом. Произнося доброе слово о себе (по сути, открывая свои ресурсы), человек смотрит на принимающие, а значит, подтверждающие истинность его слов, лица участников. Это укрепляет его веру в себя, в то, что эти достоинства ему на самом деле присущи.

Для группы такое упражнение тоже чрезвычайно полезно: оно становится хорошей школой развития интереса к другому человеку, формирует умение с доверием отнестись к его открытости и поддержать. В результате выполнения подобных упражнений в группе возникает атмосфера доверия, столь важная для динамики реабилитации.

Освоение новых жизненных ролей и моделей поведения

После того как создан позитивный образ себя, наступает время ответа на вопрос «Как?» (как вести себя в тех или иных ситуациях «новой жизни»). Репертуар поведения у людей, переживших экстремальные ситуации, как правило, беден, поэтому основная задача этого этапа — принятие новых жизненных ролей и освоение соответствующих им способов поведения.

На этом этапе наиболее уместны такие методы и приемы, как моделирование ситуаций, ролевые игры, психодрама, техника сверхреальности, техника «Взгляд в будущее», социодрама, а также психотехники, разработанные в когнитивно-поведенческих подходах, которые представляют собой научение на основе подкрепления.

Если на предыдущем этапе сопровождения основной групповой работой были личностные тренинги, то теперь наступает время тренингов инструментальных, в ходе которых человек буквально по пунктам вырабатывает, с чего стоит начинать ежедневное общение в различных социальных ситуациях, как необходимо взаимодействовать с другими людьми в ситуациях делового общения, а как — в семейном контексте. Под руководством ведущего тренингов члены группы упражняются в применении навыков эффективного взаимодействия на практике и выполняют домашние задания. Нередко каждый участник тренинга получает еще и пособие для самостоятельного чтения. В нем подробно описаны все упражнения, представлены небольшие порции теоретического материала, необходимые в процессе работы, т. е. весь основной и дополнительный материал, помогающий в нелегком обучении.

Такая система продуманного переобучения медленно, но верно делает свое дело: неоднократно попробовав приемы продуктивного взаимодействия в своем общении (сначала с членами группы, а потом на работе и дома), просто невозможно не освоить умения и не почувствовать радость первых успехов. Постепенно у человека повышается вера в себя и свои способности, улучшаются отношения с людьми.

Все это дает возможность заглянуть в свое завтра и (без страха быть наказанным за совершенные ошибки) опробовать различные модели возможного поведения.

10.4. Заключительная стадия психологического сопровождения

Основные цели стадии завершения

У этой стадии две основные цели: 1) полное принятие человеком ответственности за себя и свою жизнь; 2) выход из позиции клиента, отделение человека от тех специалистов, которые осуществляли сопровождение.

На этой стадии подводятся итоги совместно пройденного пути, совершается символическое прощание с собой прошлым и со всем своим прежним образом жизни. Человек прощается с психологом и выходит в самостоятельную жизнь. Как правило, и клиент, и терапевт заранее чувствуют, когда они приближаются к завершению совместной

работы. На завершающей встрече нужно дать человеку возможность обсудить процесс совместной работы, детализировать те изменения, которые уже произошли в его жизни или могут произойти, и конкретизировать планы на будущее.

Методы и приемы, используемые на стадии завершения

Основные методы и приемы направлены на подведение итогов и определение новых перспектив.

Широко используется прием работы с «пустым стулом» (Я. Морено, Ф. Перлз). К примеру, можно расставить в консультационном кабинете четыре пустых стула. Один из них символизирует человека в начале процесса сопровождения, другой — в самый важный и значимый для него период, третий — «здесь и сейчас», а четвертый — в ближайшем будущем. Пересаживаясь со стула на стул (из прошлого — к будущему), человек произносит монолог из этого времени. Таким образом, он не только подводит итоги проделанной в период сопровождения работы, но и переосмысливает пройденный путь, наглядно видит, «кем я был, что я сделал и кем я стал», какие усилия приложил для этого. Все это укрепляет его представление о себе как авторе своего жизненного пути, активном творце себя и своего образа жизни.

Похожий прием можно использовать для осмысления положительных и отрицательных моментов отношений с психологом. В этом случае используются три стула: один для психолога, а два других — для положительных и отрицательных моментов процесса. Сначала клиент излагает все свои претензии к стулу для психолога (именно стулу, а не самому психологу) и потом переходит к воспоминаниям о тяжелых, неприятных и, наоборот, важных, значимых для себя моментах совместной работы. Таким образом, все негативные чувства могут быть ясно сформулированы, осознаны человеком и услышаны психологом без смешения их с позитивными чувствами (а они неизбежны в процессе столь длинного и сложного пути). Это способствует конструктивной и интегрированной сепарации отношений. Если же чувства останутся невыраженными или смешанными, может сохраниться некоторая эмоциональная зависимость. Выявление как позитивных, так и негативных аспектов позволяет человеку испытывать уважение к тому, что психолог тоже человек и может совершать ошибки, равно как и уважать участие терапевта в их совместной работе.

Подведем итоги. Итак, для работы по психологической реабилитации людей, пострадавших в экстремальной ситуации, наиболее приемлемой моделью психологической помощи является психологическое сопровождение как создание переходного пространства совместного бытия. Изменения, возникающие при психологическом

сопровождении, помогают человеку восстановить разрушенные связи с миром во времени своей жизни, найти точку опоры в самом себе; они приводят к формированию нового, позитивного образа мира личности, новых отношений с собой, другими людьми, жизнью — к формированию новой личности.

Мы рассмотрели основные стадии и этапы психологического сопровождения пострадавших при экстремальной ситуации. Нетрудно заметить, что все они взаимосвязаны и соответствуют структуре основной модели прохождения через кризисы (переходы), вызванные травматическим воздействием экстремальной ситуации. Шаг за шагом, проходя через эти этапы, человек «возрождает» себя, преобразует основные структурные звенья своего субъективного образа мира. Можно сказать, что он творит новый миф о себе и своей возможной судьбе, о других людях и мире в целом. Расставшись с позицией жертвы, он обретает позицию человека, который отвечает за то, что с ним происходит, и успешно реализует себя в социуме.

Конечно, произошедшие изменения вовсе не означают окончательную интеграцию травматического переживания и отсутствие необходимости в дальнейшей работе. Нередко при столкновении с другими травмирующими ситуациями (смерть или уход из семьи кого-то из родителей, разрыв близких отношений, отделение старшего брата или сестры и др.) прежняя боль дает о себе знать. Однако те личностные свойства, которые он обрел в процессе психологического сопровождения, становятся основой успешного разрешения неизбежных в жизни трудностей.

10.5. Социальная поддержка как фактор смягчения кризисного состояния

В современной жизни стрессы сопровождают кризисные состояния и играют значительную роль. Они влияют на поведение человека, его работоспособность, здоровье, взаимоотношения с окружающими и в семье.

Стресс становится неотъемлемой частью нашей жизни и требует тщательного анализа и внимания, как в психологическом, так и в биологическом плане.

Профессиональная деятельность занимает одну треть жизни взрослого человека, и для многих работа, наряду с источником средств существования, является еще и смыслом жизни. Однако и она же может быть источником стресса и кризиса, если идет вразрез с интересами

человека, а также в случае перенапряжения, связанного с неблагоприятными межличностными отношениями.

Формирование стрессоустойчивости является залогом психического здоровья человека и непременным условием социальной стабильности, прогнозируемости процессов, происходящих в обществе. Нарастающие нагрузки, в том числе психические, на нервную систему и психику современного человека приводят к формированию эмоционального напряжения, которое выступает одним из главных факторов развития различных заболеваний. В настоящее время на передний план выходит забота о сохранении психического здоровья и формировании стрессоустойчивости современного человека.

В качестве различных факторов, влияющих на устойчивость человека к психическому стрессу, исследователи называют различные явления: значимость события для личности (Л. И. Ермолаева, 1993; Н. Д. Левитов, 1964), субъективная оценка личностью ситуации (Н. И. Наенко, 1975; Ю. Б. Некрасова, 1994; Х. А. Немчин, 1979; М. Тышкова, 1987), ценности человека (К. А. Абульхаиова-Славская, 1991; Л. И. Анцыферова, 1994), личностный смысл (М. Ю. Денисов, 1985; А. О. Прохоров, 1991), психологическая переработка (Л. И. Анцыферова, 1994 и др.), что в совокупности можно назвать теми внутренними субъективными условиями, которые определяют психологическую сущность личности.

Другие факторы, от которых зависит быстрота возникновения того или иного вида стрессового состояния, сила переживаний, особенности поведенческих реакций личности и т. п., характеризуются как физиологические, психические, нейродинамические.

К ним относят эмоциональную устойчивость человека (Л. М. Аболин, 1987; Л. А. Китаев-Смык, 1983), индивидуальную выносливость и диапазон функциональных возможностей отдельных систем организма (В. Д. Небылицын, 1976), барьер психической адаптации (Л. П. Гримак, 1989), силу — слабость нервной системы (В. Д. Небылицын, 1976), толерантность личности (Н. Д. Левитов, 1955; Б. М. Теплов, 1985), имеющийся опыт личности в переживании напряженных ситуаций (М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбович, В. А. Пономаренко, 1985; Г. К. Ушаков, 1987).

Однако в этом ряду практически отсутствует рассмотрение факторов социальной поддержки как основы профилактики стресса и развития кризисных состояний у человека.

Результаты литературного анализа, а также проведенного нами исследования показали, что для профилактики и коррекции стресса у человека важен комплексный подход.

При этом одним из важных направлений является разработка технологий формирования стрессоустойчивости с включенной социальной поддержкой.

Социальные отношения играют весьма важную роль в жизни людей, велико их влияние на психологическое благополучие человека. Личностные факторы и личностные предпочтения, несомненно, влияют на то, насколько люди активно включаются в сети социальных связей, на качество их отношений с другими людьми, на то, как они используют социальную поддержку и как эта поддержка ими воспринимается. Групповая социальная поддержка приводит к повышению стрессоустойчивости, а также самоактуализации личности и других личностных параметров. Усиление качеств самоактуализации посредством социально-психологической поддержки, в свою очередь, делает восприятие людей более адекватным, что в целом повышает их стрессоустойчивость (рис. 4).

Социальная поддержка оказывает благотворное влияние как в обычной повседневной жизни, так и во время стресса. Действие социальной поддержки потенциально может включаться в двух случаях — в ходе оценки стрессора и совладания со стрессом. Во-первых, она может срабатывать на стадии оценивания стрессора. Во-вторых, социальная поддержка может включаться на стадии преодоления стресса и срабатывать посредством редуцирования воздействия стресса на индивида.

С учетом этого алгоритм применения технологий формирования стрессоустойчивости (ТФС) с включенной групповой социальной поддержкой должен быть представлен личностно-ориентированными, суггестивно-эмоциональными, телесно-ориентированными, когнитивно-поведенческими ТФС, реализованными в виде модулей: 1-й модуль — системной интеграции личности; 2-й модуль — эмоциональной саморегуляции; 3-й модуль — психологической готовности к стрессу; 4-й модуль — развития навыков саморегуляции; 5-й модуль — социальной адаптации и эффективной коммуникации; 6-й модуль — расширения поведенческих стратегий; 7-й модуль — эффективного поведения в стрессовой ситуации. Цель алгоритма — формирование качеств стрессоустойчивости посредством сочетания различных видов тренинга как форм активного психологического воздействия в процессе интенсивного общения в групповом контексте.

Основными задачами алгоритмизированного тренинга являлись: активизация социальной позиции участников группы, реструктуризация и гармонизация их мотивационной сферы, коррекция неблагоприятных состояний, а также развитие процессов социальной перцепции, расширение «каталога деятельностей», освоение конкретных приемов и методов эффективного решения проблем в стрессовой ситуации.



Рис. 4. Алгоритм применения технологий формирования стрессоустойчивости при помощи социальной поддержки

При реализации этой программы важно придерживаться следующих правил работы:

1. Основным средством социально-психологической поддержки является обращение к индивидуальному опыту человека в совладании с жизненными трудностями, к сформированным в этом опыте навыкам саморегуляции поведения в стрессовых ситуациях, стратегиям поведения в них, — то есть обращению к внутреннему ресурсу человека.

2. Важным аспектом в работе с группами по формированию стрессоустойчивости является активизация личностной саморегуляции — оказание помощи в обнаружении новых и восстановлении прежних ценностей, которые несут в себе позитивную, содержательную нагрузку.

3. Работа в группе должна быть сориентирована на оптимизацию деятельностного уровня саморегуляции, для чего следует осуществлять пошаговую отработку последовательных функций саморегуляции в стрессовой ситуации.

4. Отработка умений саморегуляции должна производиться при постоянном обращении к конкретным ситуациям индивидуального опыта.

5. Важным этапом в работе с группой является диагностический этап. Диагностические процедуры, используемые в рамках тренинговой работы, не только позволяют диагностировать индивидуальные особенности, но и «запускать процессы рефлексии», помогая человеку более ясно осознавать личностные возможности разрешения стрессовой ситуации.

6. Использование результатов диагностирования компонентов субъективного опыта и регуляторных умений позволит сориентировать тренинговые техники на конкретных участников группы, тем самым социально-психологическая помощь будет формироваться соответственно особенностям адресата, с учетом его индивидуально-своеобразного жизненного опыта, в котором закрепились определенные личностные смысловые установки по отношению к себе, окружающим людям, своим достижениям и неудачам.

Таким образом, социальная поддержка оказывает существенное влияние на формирование стрессоустойчивости человека и предотвращение развития кризисных состояний. Ее использование на основании соответствующего алгоритма будет способствовать сохранению здоровья человека и оптимизации его поведения при преодолении стрессовых ситуаций.

С целью профилактики возникновения неблагоприятных состояний у человека в кризисных и стрессовых ситуациях важно его обучать навыкам саморегуляции.

Под саморегуляцией психических состояний человека мы понимаем сложное системное психологическое образование, представляющее собой сознательный целенаправленный процесс воздействия человека на самого себя, проявляющееся в намеренном изменении своего состояния, которое характеризуется целенаправленностью, целостностью, сознательностью, способностью к обеспечению устойчивости психических состояний, обеспечением успешности, продуктивности произвольной активности.

Саморегуляция психических состояний личности осуществляется на таких уровнях, как физиологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический, что согласуется с уровневой организацией человека.

Формирование саморегуляции психических состояний личности происходит при задействовании психологических механизмов.

Психологический механизм представляет собой систему психических явлений, функциональных способов, обеспечивающих формирование саморегуляции психических состояний. В качестве основных механизмов формирования саморегуляции психического состояния выступают следующие механизмы: физиологический — настраивание организма и всех его систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, мышечной, эндокринной и др.), личности в целом на будущую деятельность, связанную с регуляцией, преобразованием психических состояний; механизм релаксации — произвольное расслабление мускулатуры, сопровождающееся снижением нервно-эмоционального напряжения, направленное на процесс оптимизации психического состояния, его регуляцию, преобразование; рефлексивный — совокупность психических явлений, направленная на самопознание личностью своих психических действий и состояний, их переосмысление и регуляцию, а также преобразование в ходе рефлексивного анализа; мотивационный — совокупность психофизиологических, психических и социальных предпосылок, позволяющая направлять побуждение личности к регуляции, преобразованию психических состояний; волевой — намеренное изменение и создание дополнительного смысла действия, направленного на регуляцию и преобразование психических состояний. Эти механизмы выступают в системе. Базовым психологическим механизмом выступает рефлексивный механизм, связанный с такими производными психологическими механизмами, как мотивационный и волевой.

На каждом уровне саморегуляции психических состояний функционирует свой основной психологический механизм. Так, на физиологическом уровне — это физиологический механизм, на психофизиологическом

уровне — механизм релаксации, на психологическом уровне — мотивационный, на социально-психологическом уровне — волевой механизм. Базовый рефлексивный механизм функционирует на всех уровнях саморегуляции психических состояний личности (рис. 5).

Как отражено на рисунке 5, физиологический механизм обеспечивает саморегуляцию психических состояний человека на самом нижнем уровне. Саморегуляция психических состояний на физиологическом уровне не может осуществляться вне общего повышения активности работы мозга, различных систем и органов индивида, так как нужен биохимический и физиологический сдвиг, который обеспечит настройку организма на активную предстоящую деятельность, показателями эффективности физиологического механизма являются изменения температуры кожи, частоты пульса, дыхания, давления крови, общего самочувствия человека.



Рис. 5. Модель саморегуляции психических состояний личности

Механизм релаксации способствует формированию саморегуляции психических состояний личности на психофизиологическом уровне, что характеризуется вегетативными реакциями, изменениями психомоторики, сенсорики, что является возможным при постоянной аутогенной тренировке, а также способствует регуляции некоторых вегетативных функций, психических состояний, процессов человека. В результате

становится возможным преднамеренное и достаточно тонко регулируемое воздействие на физиологические функции организма, на самочувствие, уровень бодрствования и степень активности психических процессов личности.

Мотивационный механизм обеспечивает формирование саморегуляции психических состояний на психологическом уровне, что заключается в побуждении личности к совершению действий, направленных на преобразование психических состояний. При этом сила побуждения зависит от значимости этих действий, направленных на регуляцию состояний. Отсюда чем выше значимость, тем сильнее побуждение, а чем значимее для личности результат регуляции, тем сильнее побуждение. Следовательно, данные закономерности действия мотивационного механизма имеют исключительное значение в целенаправленном регулировании психических состояний. За счет направленного побуждения к преобразованию психических состояний на психологическом уровне осуществляется регуляция напряженности, усталости, настроения человека, его поведения, деятельности и отношений с другими людьми.

Действенность волевого механизма наиболее эффективна на социально-психологическом уровне, поскольку способствует созданию дополнительного смысла действия, что приводит к изменению поведения личности и регуляции ее состояния. Изменение смысла действия происходит посредством переоценки значимости мотива, предмета потребности, благодаря предвидению и переживанию последствий действия или отказа от его осуществления, через изменение социальной роли или позиции личности, а также через анализ целей и мотивов воображаемых ситуаций, которые могут быть заданы другими людьми или исходить от самого человека. Данный механизм определяется не только мотивами конкретной личности, но и социальными взаимоотношениями действий разных людей.

Рефлексивный механизм функционирует на всех уровнях саморегуляции психических состояний личности, выступая в качестве базового механизма формирования саморегуляции психических состояний, поскольку рефлексия является центральным феноменом внутренней активности человека, а также базовым механизмом самоорганизации психической активности и ядром самосознания. На физиологическом и психофизиологическом уровнях рефлексивный механизм способствует осмыслению человеком своих психических состояний, самочувствия, ощущений организма, элементарных форм собственного поведения. Оптимально функционирует данный механизм и на психологическом и социально-психологическом уровнях саморегуляции

психических состояний. Здесь его роль заключается в познании, осмыслении, анализе человеком своих психических состояний, а также в подавлении раздраженного и вялого настроения, в снятии ощущения напряженности, усталости и в ориентации личности на социальное поведение, деятельность.

Таким образом, овладение навыками психосаморегуляции человеком во многом будет способствовать смягчению и предотвращению воздействия кризисных ситуаций.

ГЛАВА 11. НОРМА И БОЛЕЗНЬ ПРИ РАЗВИТИИ ЧЕЛОВЕКА

11.1. Проблемы аномального онтогенеза

Психология аномального детского развития — наука о закономерностях психического дизонтогенеза.

Дизонтогенез (*disontogenesis*) — это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций. Разработка содержания этого понятия в отечественной детской психиатрии связана с именами Г.Е. Сухаревой, М.Ш. Вроно, Г.К. Ушакова, В.В. Ковалева, А.Е. Личко.

В клинической психиатрии термин «дизонтогенез» относят к задержкам и искажениям психического развития. Группа расстройств, объединяемая понятием «задержки психического развития», включает патологические состояния, характеризующиеся недостаточностью интеллекта и психики в целом. К «искажениям психического развития» относят состояния, отличающиеся парциальностью и диссоциативностью развития психических функций. Одни из них могут характеризоваться ускорением, а другие — задержкой развития.

Задержки психического развития следует отличать от приобретенных состояний дефекта личности и интеллектуальной деятельности вследствие болезненного процесса или другого повреждения психики. В последнем случае принято говорить о слабоумии, или деменции.

В рамках психического недоразвития различают тяжелые состояния умственной отсталости и относительно легкие задержки психического развития (пограничные формы задержки развития).

Дизонтогенез психического развития может возникать под влиянием (многих внутренних и внешних факторов (генетических, биологических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетании и взаимодействии. В числе основных может быть названа резидуальная органическая церебральная недостаточность, которая в зарубежной литературе определяется емким понятием «минимальной мозговой

дисфункции» (*minimal brain dysfunction — MBD*). При конкретизации этих факторов в отношении раннего детского возраста обращают внимание на особенности темперамента, соматическую и органическую церебральную патологию, комплекс эмоциональных привязанностей, депривация (в том числе частичное сиротство — смерть «одного из родителей; развод).

Фактор темперамента начинает действовать и определяется с 1-го месяца жизни ребенка. Выделено 9 составляющих темперамента: активность, ритмичность (цикличность), чувствительность (реактивность), интенсивность, подвижность, коммуникативность, адаптивность, настроение, внимание (его объем). Каждая из этих характеристик определяет различное поведение и реакции ребенка в любой жизненной ситуации. По типу реакций младенца при исследовании темперамента можно определить группу так называемых трудных детей, которые предрасположены к психическому дизонтогенезу.

К органическим факторам возникновения дизонтогенеза традиционно. относят церебральную патологию, структурные, т. е. органические поражения мозга и функциональные нарушения мозговой деятельности. Но при последних допускают наличие «мягких» органических признаков. Именно в этом случае говорят об уже упоминавшейся минимальной мозговой дисфункции.

Последние два фактора дизонтогенеза — комплекс эмоциональной привязанности и депривации по существу являются психосоциальными и тесно между собой связаны. Возникающая с первых часов и дней жизни новорожденного связь между ребенком и матерью оказывает решающее влияние на формирование всех других связей и привязанностей и их различную эмоциональную глубину, которые во многом определяют психологическую реактивность и поведение индивида в течение всей жизни.

Депривация может быть полной и частичной, сенсорной и эмоциональной. Но в любом из вариантов она оказывает большое влияние на психическое развитие ребенка, приводя к его нарушению, т. е. дизонтогенезу.

Проявления психического дизонтогенеза разнообразны. По мнению М. Ш. Вроно (1983), клиническая картина психического дизонтогенеза зависит в первую очередь от возраста ребенка и соответственно от этапа онтогенеза, т. е. автор подчеркивает хроногенный аспект дизонтогенеза.

В. В. Ковалев (1981) выделяет 4 типа дизонтогенеза: 1) задержанное или искаженное психическое развитие; 2) органический дизонтогенез как результат повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза;

3) дизонтогенез вследствие поражения отдельных анализаторов (зрения, слуха) или сенсорной депривации; 4) дизонтогенез как результат дефицита информации с раннего возраста вследствие социальной депривации (включая неправильное воспитание). Признавая многообразие типов психического дизонтогенеза В.В. Ковалев, тем не менее объединяет их в 2 основных варианта — дизонтогенез с негативной симптоматикой и дизонтогенез с продуктивными синдромами. К первым он относит синдромы психического недоразвития — тотального (олигофрения) и парциальной ретардации (задержки психического развития), акселерацию, различные формы инфантилизма, невропатии. Ко второму варианту отнесены случаи, когда на фоне клинических проявлений негативных дизонтогенетических нарушений развиваются продуктивные феномены: страхи, патологические привычные действия, энурез, энкропрез, повышенная неряшливость, утрата навыков ходьбы, речи, самообслуживания, переход психического функционирования на более ранние этапы развития, а также аффективные расстройства, нарушения влечений, гиперактивность, патологическое фантазирование, гебоидный, кататонический и другие синдромы.

Таким образом, к основным формам дизонтогенеза относятся задержки психического развития (тотальные и парциальные) и искажения психического развития (акселерация, инфантилизм и др.).

В последнее время выделена еще одна форма психического дизонтогенеза — диатез, представляющий собой выражение предрасположения к тем или иным психическим заболеваниям.

В психиатрии наиболее изучен шизотипический диатез как клиническое выражение генетического предрасположения к шизофрении. Теоретически обосновывается выделение неспецифического психического диатеза как предпосылки к другим психическим расстройствам.

Таким образом, психический дизонтогенез — это группа наблюдаемых в детском возрасте психических нарушений, относимых к так называемым эволютивным патологическим состояниям.

Психические нарушения при дизонтогенезе отличаются от таких аномалий развития, как постпроцессуальный (постшизофренический) дефект, деменция вследствие органического церебрального заболевания. В этих случаях психический дизонтогенез представляет собой один из синдромов основного заболевания. Синдром незрелости нервно-психических функций в виде задержки психомоторного развития является одним из основных психоневрологических, недифференцируемых образований в структуре заболеваний не только нервной системы, но и хронической, соматической патологии, в том числе наследственно обусловленной. Нарушения психического развития,

возникающие в раннем возрасте, могут лежать в основе психических расстройств, развивающихся в более старшем возрасте.

Клинические формы патологии психического развития могут быть систематизированы следующим образом:

- умственная отсталость;
- задержки психического развития (пограничные и парциальные);
- искажения и другие нарушения психического развития;
- аутистические расстройства;
- акселерация;
- инфантилизм;
- соматопатии.

11.2. Дети и болезнь

Формирование внутренней картины болезни (ВКБ) у детей отличается от таковой у взрослых тем больше, чем младше ребенок. ВКБ в зависимости от содержания может быть фактором и положительным, и отрицательным. Она влияет на проявления и течение заболевания, на отношения в семье, на успеваемость, оказываясь причиной душевных конфликтов, иногда приводящих к невротическим наслоениям.

В ВКБ ребенка отражаются (Д. Н. Исаев):

- уровень интеллектуального функционирования (чем младше ребенок, тем более ВКБ представлена на чувственно-эмоциональном, неосознаваемом полностью или частично уровне)
- знания о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении и смерти;
- жизненный опыт ребенка (особенно — перенесенных ранее болезней);
- общая и клиническая культура семьи, определяющая представления о болезни;
- преобладающие эмоциональные отношения, вытекающие из особенностей личности и пола ребенка (как преморбидные, так и формирующиеся в процессе заболевания);
- сопутствующие психотравмирующие обстоятельства (госпитализация с отрывом от родителей, сверстников, привычных занятий, ограничением подвижности и т. д.);
- влияние родителей и медперсонала.

Уровень интеллектуального функционирования. Понимание происходящего в организме и представление о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления. Для создания представления о болезни требуется способность к анализу воспринимаемых

симптомов заболевания: общего дискомфорта, болевых ощущений, нарушенных функций органов и систем и т. д. Кроме того, возможность оценки болезненных переживаний связана с развитием представлений об образе тела — «схемы тела». Нарушение формирования сенсорных элементов схемы тела, психологического восприятия своего физического «Я» в связи с органической патологией или неправильным воспитанием могут стать существенным препятствием в осознании своей болезни.

Знания о здоровье, внутренних органах, болезни, лечении и смерти. Без концепции здоровья очень трудно построить представление о болезни. Дети знают об ограниченности возможностей сохранить здоровье и осознают подверженность людей болезням. Однако устойчивые представления о вероятности нарушения здоровья дети приобретают лишь к 7 годам, причем девочкам присущ более высокий уровень опасений, чем мальчикам. В 10 лет ребенок знает, что «быть здоровым» означает нечто противоположное тому, что означает «быть больным». Сохранение здоровья, как понимают это младшие дети, в большей мере зависит от соблюдения режима и гигиены. Старшие же придают большее значение спорту и закаливанию. В сохранении здоровья все дети полагаются на помощь врачей, родителей и друзей. При этом младшие дети занимают пассивную позицию, считая, что для них достаточно подчиняться требованиям взрослых («слушаться врачей и родителей»), старшие понимают необходимость большей личной активности для сохранения своего здоровья.

По данным многих авторов, дети имеют неправильные, отрывочные, неадекватные представления о числе, размерах и строении внутренних органов, степени значимости частей тела и органов.

Психологический анализ знаний детей о болезнях и их причинах показывает, что дети часто рассматривают свои болезни как наказание за плохое или запрещенное поведение, осуждают себя за проступки, якобы вызвавшие заболевание. Часть детей видит причину болезни в наследственной предрасположенности, а также в конфликтных ситуациях в школе и дома. Специалисты полагают, что мнение о причине заболевания меняется у ребенка в зависимости от того, здоров ли он и насколько тяжело он болен.

Для понимания ВКБ ребенка особого изучения требует его представление о процессе умирания и смерти. В исследованиях P. Shilder. D. Wechsler; G. Rochlin; W. Gartley, M. Bemasconi показано, что дети 3–5 лет думали о смерти, слышали о ней и полагали, что смерть приходит как результат отношений между людьми, из-за раздоров, неповиновения авторитетам, как следствие их возмездия и враждебности,

однако до 8–9 лет понимание процесса умирания им недоступно. Различие представлений б смерти зависит от познавательного уровня, психосоциального развития и пережитого опыта.

Жизненный опыт ребенка. В построении ВКБ участвует весь жизненный опыт и особенно — перенесенных ранее болезней. Жизненный путь ребенка относительно невелик, ему труднее, чем взрослым, сопоставить актуальную жизненную ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами, обобщить имеющиеся сведения и использовать их для понимания переживаемого. Однако собственные прошлые переживания боли, дискомфорта, опасения за свою жизнь или здоровье из-за отрыва от родителей, сверстников, ограничения активности в связи с болезнью оказывают значительное влияние на создание ВКБ. В большой мере на формирование ВКБ влияет атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за возможных или уже развившихся у ребенка заболеваний. Отрицательную роль могут сыграть болезни близких, обострения тяжелых заболеваний бабушек и дедушек с частыми вызовами «скорой помощи».

Вместе с тем для некоторых детей переживание болезни становится тем значимым событием, которое способствует росту их самосознания, заставляет изменить свое отношение и уровень требований к самому себе и окружающим людям. Нередко в результате пережитого дети быстрее взрослеют. Они становятся способными принять на себя ответственность за состояние своего здоровья, приходят к выводу о необходимости лечиться с помощью врачей, лекарств и болезненных процедур, к мысли о взаимопомощи между людьми.

Источники информации о болезни. Информация о болезни может быть получена от родителей, других взрослых, сверстников, книг, теле-, радиопередач, Интернет-сети. Для ребенка наиболее эмоционально значимы сведения, полученные от родителей. Именно к ним он обращается за разъяснениями, они водят ребенка в лечебные учреждения и вызывают врача. С малых лет ребенок верит в непогрешимость родительских сведений. Отсюда ясно, что как общая, так и клиническая культура семьи, определяющая представления о болезнях, будет участвовать в формировании ВКБ у ребенка.

Влияние других взрослых в первую очередь будет зависеть от отношения ребенка к этим людям. От взрослых, к которым ребенок глубоко привязан, которые авторитетны для него, ребенок воспринимает их взгляд на болезнь без особой критической переработки. В подростковом и юношеском возрасте мнение референтной группы сверстников (подчас глубоко наивное или даже нелепое) может привести к поведению, провоцирующему нарушения здоровья или ухудшение состояния.

Преобладающие эмоциональные отношения. Преобладающие эмоциональные отношения, вытекающие из особенностей личности и пола ребенка, могут оказывать решающее значение на формирование ВКБ. У детей, как с преморбидными, так и с формирующимися в процессе заболевания гипертимными, невропатическими, шизоидными и истероидными чертами, импульсивностью или неустойчивостью, под влиянием воспитания формируются те или иные преобладающие эмоциональные отношения, мотивации и направленность интересов, определяющие отношение к болезни.

Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. К переживаемым ребенком во время болезни сопутствующим психотравмирующим обстоятельствам в первую очередь относится госпитализация, которая сопровождается отрывом от родителей, сверстников, привычных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования. У детей до 11 лет само стационирование, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, возбуждает такой страх, что он нередко вытесняет проведенную перед больницей подготовку. Негативные переживания могут усиливаться при каждой повторной госпитализации. Даже понимание старшими детьми необходимости и пользы стационирования не снижает полностью отрицательного отношения к больнице.

Влияние родителей. Заболевание ребенка в подавляющем большинстве случаев переживается семьей как исключительное событие. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование на ребенка из-за его поведения, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным неблагоприятным прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Так, родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у ребенка возникает нереалистическая внутренняя картина болезни с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа.

Важно, чтобы взрослые сумели разъяснить ребенку важность соблюдения режима, убедили его в необходимости лечиться, изменили неправильные представления ребенка о болезни и скорректировали

неадекватные способы эмоционального реагирования на нее. Выражая сочувствие ребенку, разделяя с ним боль, страх и горе, оказывая практическую помощь, поддерживая надежду на выздоровление взрослые берут на себя часть его страданий и тем самым уменьшают их.

На ситуацию, складывающуюся вокруг больного ребенка, иногда влияют отношения родителей с медицинским персоналом.

Влияние медперсонала на формирование ВКБ. Влияние медицинского персонала и обстановки медицинского учреждения на формирование ВКБ у ребенка многопланово. Врач оказывает большое влияние в процессе обследования, подготовки к госпитализации, к болезненным процедурам и операциям. Врачу необходимо чутко следить за психологическим состоянием больного ребенка, своевременно смягчать отрицательные реакции, давать понятные разъяснения, исправляя неправильные представления о болезни и лечении, снижать тревогу и страх ребенка перед необходимыми лечебными манипуляциями. Создавать адекватное отношение к болезни и лечению помогает также благоприятная окружающая обстановка в лечебном учреждении, уголки для игр, соответствующий детскому восприятию интерьер.

ГЛАВА 12.
НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ

12.1. Предмет и задачи нейропсихологии

Нейропсихология (НП) — раздел клинической психологии, изучающий мозговые механизмы психической деятельности человека психологическими методами для топической диагностики локальных поражений мозга.

Разделы нейропсихологии:

- *Клиническая НП* изучает нейропсихологические синдромы, возникающие при поражении того или иного участка мозга. Объектом в ней является мозг больного, а предметом — причинно-следственные отношения между повреждением (опухолью, кровоизлиянием, травмой их локализацией, объемом) и происшедшими изменениями психических процессов.
- *Реабилитационная НП* занимается восстановлением утраченных высших психических функций, обучением и перестройкой нарушенных функциональных систем для выработки нового набора психологических средств нормального функционирования человека в бытовой, профессиональной и социальной сферах.
- *Детская НП* изучает онтогенетически обусловленные изменения мозговой организации психических процессов. Предмет — закономерности становления отдельных психических функций в связи с неравномерным созреванием различных отделов мозга; особенности протекания патологогических процессов у детей разного возраста; отличие психофизиологических проявлений при локальных поражениях мозга у детей и взрослых. Важной задачей является разработка специальных диагностических приемов и нормативных показателей, позволяющих дифференцировать соответствие развития ребенка его возрасту, готовности к школе, и эффективно строить лечебно-профилактическую и специализированную учебную деятельность.
- *НП позднего возраста* — изучение закономерностей функционирования мозга человека в период инволюции.

Задачи нейропсихологической диагностики:

1. Постановка топического диагноза (атипичного развития) мозговых структур.

2. Дифференциальная ранняя диагностика ряда заболеваний ЦНС, дифференциация органических и психогенных нарушений психического функционирования.

3. Описание картины и определение уровня нарушений психических функций: определение пораженного (несформированного) блока мозга (по Лурия), первичного дефекта и его системного влияния.

4. Определение причин и профилактика различных форм аномального функционирования: дезадаптации, школьной неуспеваемости и т. д.

5. Оценка динамики состояния психических функций и эффективности различных видов направленного лечебного или коррекционного воздействия: хирургического, фармакологического, психолого-педагогического, психотерапевтического и т. д.

6. На основе качественного анализа нарушенных и сохранных психических функций разработка стратегии и прогноза реабилитационных (коррекционных) мероприятий, применение методов восстановительного (коррекционно-развивающего) обучения.

12.2. Проблема мозговой локализации психических функций

А. Р. Лурия и Л. С. Выготский сформулировали концепцию системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ), согласно которой любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, обеспечиваемой целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга. Эти функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться в зависимости от конкретной задачи. Они имеют двойной принцип строения — вертикальный и горизонтальный. Таким образом, психическая функция любой степени сложности осуществляется при участии целого ряда корковых зон, подкорки, активизирующей системы мозга и, следовательно, не может быть локализована в каком-то одном участке коры. Один и тот же аппарат может перестраиваться для обеспечения разных видов деятельности. Е. Д. Хомская подчеркивает, что ВПФ обеспечиваются мозгом как целым, но это целое состоит из высокодифференцированных разделов, систем, каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции.

Пересмотр понятия «симптом» позволил А. Р. Лурии разработать основной метод нейропсихологии — метод синдромного анализа. Под симптомом традиционно понимали признак нарушения функции. Узкие локализационисты полагали, что нарушение функции, наступающее в результате разрушения определенного участка мозга, является прямым доказательством того, что данная функция локализована в разрушенном участке мозга. Если же рассматривать функцию как сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие разные отделы мозга, то поражение любого из них приводит к нарушению функции в целом. Следовательно, «симптом» еще ничего не говорит о ее локализации. Поэтому А. Р. Лурия счел возможным перейти от симптомного анализа к синдромному. Под синдромом (от греч. *syndrome* — скопление, стечение) понимают совокупность симптомов или симптомокопмлекс. Синдромный анализ предполагает с одной стороны, сопоставление всех симптомов, возникших в результате одного, строго ограниченного очага поражения мозга, а с другой — тщательный анализ нарушений данной функциональной системы при различных по локализации очагах поражения. При разработке синдромного анализа А. Р. Лурия опирался на принцип двойной диссоциации Тэйбера, согласно которому любой ограниченный корковый очаг поражения нарушает протекание одних психических процессов, оставляя в сохранности другие. Тщательный нейропсихологический анализ синдрома и двойной диссоциации, возникающих при локальных поражениях мозга, позволяет приблизиться к структурному анализу самих психических процессов.

Подводя итог, можно выделить основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций:

- каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции;
- различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удаленных друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга;
- при повреждении определенного участка мозга возникает «первичный» дефект — нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре;
- как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время теория системной динамической локализации высших психических функций является основной теорией, объясняющей взаимосвязь психики и мозга.

Концепция структурно-функциональных блоков мозга А. Р. Лурии

В нейропсихологии на основе анализа клинических данных была разработана общая структурно-функциональная модель работы мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель, предложенная А. Р. Лурией, характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и является основой для объяснения его интегративной деятельности. Согласно данной модели, весь мозг может быть подразделен на 3 основных структурно-функциональных блока: I-й — энергетический — блок, или блок регуляции уровня активности мозга; II-й блок — приема, переработки и хранения экстероцептивной (т. е. исходящей извне) информации; III-й блок — программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности. Каждая ВПФ осуществляется при участии всех 3-х блоков мозга, вносящих свой вклад в ее реализацию. Блоки мозга характеризуются определенными особенностями строения, физиологическими принципами, лежащими в основе их работы, и той ролью, которую они играют в осуществлении психических функций.

Первый — энергетический — блок включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Данный блок мозга регулирует процессы активации: общие генерализованные изменения активации, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные избирательные изменения активации, необходимые для осуществления ВПФ.

Второй блок — блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (т. е. исходящей из внешней среды) информации — включает основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны которые расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга. Работа этого блока обеспечивает модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экстероцептивной информации, необходимой для осуществления ВПФ.

Третий блок — блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности — включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Лобные доли характеризуются большой сложностью строения и множеством двухсторонних связей с корковыми и подкорковыми структурами. К третьему блоку мозга относится конвекситальная лобная кора с ее корковыми и подкорковыми связями.

Общая структурно-функциональная модель организации мозга, предложенная А. Р. Лурией, предполагает, что различные этапы произвольной, опосредованной речью, осознанной психической деятельностью осуществляются с обязательным участием всех 3 блоков мозга.

12.3. Нарушения высших психических функций при очаговых поражениях мозга

Сенсорные и гностические зрительные расстройства

При нейропсихологическом подходе к нарушению ВПФ, предложенном А. Р. Лурия, следует учитывать все симптомы, возникающие при поражении самых разных уровней анализаторных систем. Е. Д. Хомская выделяет два типа расстройств, возможных при изучении работы различных анализаторных систем: а) относительно-элементарные сенсорные расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (светоощущения, цветоощущения, тон-шкала и пр.), и б) более сложные гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (восприятие формы, предмета, звуков речи и пр.). Первый тип расстройств возникает при повреждении анализаторных систем и первичных зон коры больших полушарий, второй — при поражении вторичных зон коры. Гностические расстройства, возникающие в этом случае, носят название «агнозия». В зависимости от локализации поражения могут быть зрительные, слуховые, тактильные агнозии.

Большинство авторов выделяют следующие шесть форм нарушения зрительного гнозиса.

Предметная агнозия — возникает при поражении нижней части вторичных зон затылочной коры. При этом нарушении больной может описать все признаки предмета, но не понимает смысл изображения в целом, не узнает предмет. В такой грубой форме предметная агнозия наблюдается лишь при одновременном поражении нижних отделов вторичных зон височной области левого и правого полушарий. В этом случае больной ведет себя как слепой, хотя и видит предметы. Он постоянно ощупывает их и ориентируется на слух. При одностороннем поражении данная агнозия проявляется при распознавании в затрудненных условиях (контурное, перечеркнутое, наложенное изображение).

Лицевая агнозия (прозопагнозия) возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры правого полушария. Больные не могут различать человеческие лица или их фотографии.

При грубой форме лицевой агнозии не узнают мужские и женские лица, детские и взрослые, лица своих родных и близких.

Буквенная агнозия возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры левого полушария, на границе затылочной и височной коры (у правшей). Больные правильно копируют буквы, но не могут их узнать и назвать, в результате распадается навык чтения (первичная алексия).

Оптико-пространственная агнозия характерна для поражения верхних отделов вторичных зон затылочной коры и сопровождается нарушением ориентировки в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов (нарушается лево-правая ориентировка, самостоятельность рисунка, поскольку рисует все отдельно, иногда возникают трудности чтения букв с признаками «лево — право», например, «К» — «Я»). В грубых случаях нарушается ориентировка и в верхне-нижних координатах.

Симультанная агнозия характеризуется сужением объема зрительного восприятия: больной не может одновременно воспринимать два предмета, воспринимает только отдельные фрагменты изображения. Поэтому он не в состоянии поставить карандашом точку в центр круга, так как видит или круг, или карандаш.

Цветовая агнозия проявляется в том, что больные различают цвета, но не говорят, в какой цвет окрашены предметы. Они не могут назвать предметы определенного цвета, у них отсутствует обобщенное представление о цвете, и они затрудняются его классифицировать. Это связано с трудностями категоризации цветов, с образованием определенных цветовых групп.

Сенсорные и гностические слуховые расстройства

При одностороннем поражении первичных зон височной шкалы нет выпадения слуха, но наблюдается повышение порогов слухового ощущения в условиях затрудненного восприятия (на противоположном ухе).

Поражение вторичных зон височной области приводит к нарушению интегративности слухового восприятия. В зависимости от места поражения выделяют следующие нарушения слухового восприятия.

Слуховая агнозия возникает при поражении как левого, так и правого полушарий. Проявляется данное нарушение в том, что страдает понимание предметных звуков. Больной слышит звуки, может отличить один от другого, но не может назвать их источник. Хотя больные могут различать звуки по высоте, интенсивности, длительности и тембру, они не имеют для них никакого смысла.

Сенсорная амузия характерна для поражения верхних отделов вторичных зон височной области правого полушария. Нарушается способность узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. При грубых нарушениях могут возникать болевые ощущения при восприятии мелодий.

Аритмия — нарушение, описанное А. Р. Лурией и его сотрудниками, состоит в том, что больной не может правильно оценивать и воспроизводить ритмические структуры (наборы звуков, чередующиеся через разные промежутки времени). Возникает и при правостороннем, и при левостороннем поражении височной доли.

Речевая акустическая агнозия (сенсорная афазия) проявляется при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария.

Акустико-мнестическая афазия (нарушение слухо-речевой памяти) возникает при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Дефект заключается в том, что больной не может удержать в памяти даже небольшую серию звуков: «дом — лес — стол». При повторении первое слово уже забывается.

Нарушение интонационной стороны речи связано с поражением правой височной области. Больные не различают речевые интонации, не выразительны в своей речи, плохо различают мужские и женские голоса, не узнают знакомые голоса.

Согласно представлениям о синдромном анализе нарушений высших психических функций, поражение одного участка мозга приводит к первичному нарушению психической функции. Это, в свою очередь, вызывает расстройство всех функциональных систем, в которые он входит в качестве составного компонента. Расстройство речевого (фонематического) слуха приводит к нарушению всех психических функций, так или иначе с ним связанных. Эти нарушения имеют вторичный, или системный, характер и получили название «синдром височной афазии». Данный синдром включает в себя следующие симптомы:

- расстройство понимания речи. Невозможность различать близкие фонемы приводит к затруднению понимания устной речи: путая близкие по звучанию фонемы, больной не понимает отдельные слова (при утяжелении поражения начинает воспринимать родную речь как иностранный язык или как неречевой шум);
- затруднения в назывании предметов: перестает с легкостью припоминать нужные слова (возникают обильные литеральные парафазии). Например, при попытке произнести «колос», у больного получается «голос», «хорост», «горст»;

- расстройство экспрессивной речи: не имея опоры в фонематической системе, больной плохо владеет связной речью, она представляет бессвязный набор слов;
- распад письма: поскольку больные не могут выделить фонемы и проанализировать сложный состав слова, то не могут найти и нужный звуко-буквенный состав слова;
- частичное нарушение чтения: нарушено чтение мало встречающихся слов при сохранности автоматизмов;
- нарушение вербального мышления проявляется в том, что больные не могут удержать в слухоречевой памяти последовательность операций.

Все эти нарушения возникают при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (у правшей).

Сенсорные и гностические кожно-кинестетические расстройства

Корковый конец кожно-кинестетического анализатора представляет собой первичные зоны теменной коры, имеет соматотопическую организацию и отличается модальной специфичностью. Они выполняют функцию приема и анализа кожно-кинестетических раздражений.

При поражении первичных зон теменной коры возникает явление анестезии — снижение или потеря чувствительности на всей контралатеральной половине тела или в его отдельных участках (так называемые «чувствительные скотомы»).

Вторичные зоны теменной коры обеспечивают синтез кожно-кинестетических ощущений. При их поражении возникают более сложные по своей симптоматике тактильные агнозии (нарушение узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности). Вторичные зоны теменной области коры больших полушарий занимают большую площадь, и в зависимости от локализации очага поражения выделяют два синдрома: нижнетеменной и верхнетеменной.

Нижнетеменной синдром возникает при поражении нижних постцентральных областей коры, которые граничат с зонами представительства руки и лица. Он включает в себя следующие симптомы.

Астериогноз (тактильная предметная агнозия) — больной не узнает предметы на ощупь при сохранной сенсорной основе восприятия. При грубых нарушениях может сопровождаться агнозией текстуры объекта.

Тактильная агнозия текстуры объекта — больной не узнает качество материала (шероховатость, гладкость, мягкость и т. п.).

Пальцевая агнозия (синдром Герштмана) — нарушается возможность узнать и назвать пальцы рук на противоположной руке (с закрытыми глазами).

Тактильная алексия (при поражении левого полушария) — с трудом узнают цифры или буквы, написанные на кисти руки. Эта способность тактильного опознания букв появляется после обучения грамоте.

Верхнетеменной синдром возникает при поражении вторичных зон теменной коры, примыкающих к первичным зонам, куда поступает информация от всего тела. Для него характерна соматоагнозия (нарушение схемы тела), которая проявляется в расстройстве узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу, особенно при поражении правого полушария (больной игнорирует левые конечности, «теряет» их, увеличивает, уменьшает, удваивает).

Нарушения речи при локальных поражениях мозга

Исследование речевых нарушений в нейропсихологии идет по пути изучения афазий. Под афазиями понимают нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде распада фонематической, морфологической или синтаксической структуры собственной речи при сохранности элементарных форм слуха и движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение. Эта речевая патология отличается от дизартрий (нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух), аномий (трудности называния из-за расстройства межполушарного взаимодействия), алалий (расстройство речи в детском возрасте из-за недоразвития всех форм речевой деятельности).

В зависимости от нарушения одного из факторов, на которых основана речевая система при локальных поражениях мозга, А.Р. Лурия разработал классификацию афазий. При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы (слуховых, зрительных, кинестетических, комплексных афферентаций) выделяют пять видов афазий — сенсорную, акустико-мнестическую, оптико-мнестическую, афферентную моторную и семантическую. При нарушении эфферентных звеньев речевой системы — динамическую и эфферентную моторную афазии.

Нарушение внимания при локальных поражениях мозга

Нейропсихологические исследования позволили выделить два типа нарушения внимания — модально-неспецифические и модально-специфические. Первые характерны для больных с поражением неспецифических структур мозга:

- нижние отделы ретикулярной формации (уровень продолговатого мозга и среднего мозга) являются основными механизмами перехода от сна к бодрствованию и обеспечивают элементарные формы

внимания (генерализованное состояние внимания). При их поражении возникают быстрое истощение, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания в любом виде деятельности. Может быть компенсировано при усилении речевого контроля;

- уровень диэнцефальных отделов мозга и лимбической структуры обеспечивает уровень активности. Кроме того, гиппокамп содержит нейроны, отвечающие на модально-специфические раздражения и проводящие сличение старых и новых раздражителей. В результате они обеспечивают реакцию на новые сигналы или их свойства, наряду с угасанием реакции на старые, уже привычные раздражители. Поэтому гиппокамп выполняет роль «фильтрующего аппарата», который необходим для избирательных реакций на специфические раздражители;
- лобные доли (медиобазальные отделы мозга) обеспечивают торможение реакции на любые побочные раздражители и сохранение направленного программированного поведения (произвольное внимание).

При нарушении рассмотренных отделов мозга наступают следующие дефекты внимания:

- при поражении ретикулярной формации ухудшаются все свойства внимания (объем, концентрация, устойчивость, переключение, распределение). В тяжелых случаях больные находятся в полусонном состоянии, посторонние раздражители вплетаются в течение их мыслей, сознание становится спутанным;
- при поражении гиппокампа нет отчетливых нарушений гнозиса и праксиса, но наблюдаются выраженные нарушения избирательности. Они проявляется в повышенной отвлекаемости больного, быстром прекращении активной деятельности, легком всплывании ассоциаций;
- при поражении лобных отделов мозга ориентировочные реакции могут быть сохранны и даже патологически усилены. Налицо диссоциация между резко ослабленным произвольным вниманием и патологическим усилением непроизвольного. У такого больного нельзя вызвать устойчивое произвольное внимание по речевым инструкциям.

Второй аспект нарушения внимания — модально-специфическая патология внимания, которая проявляется только по отношению к стимулам одной модальности (в зрительной, слуховой, тактильной сфере) и заключается в игнорировании тех или иных стимулов (специфические для данной модальности трудности осознания стимула). Выделяют зрительное невнимание, слуховое невнимание, двигательное невнимание. В их основе лежит изменение локальных активационных процессов, которые развиваются в корковых зонах соответствующего анализатора. Модально-специфическое внимание может избирательно

нарушаться при локализации очага поражения в корковых зонах определенных анализаторных систем.

Нарушения памяти при локальных поражениях мозга

В нейропсихологии память рассматривают как сложную функциональную систему, в организации которой принимает участие целая система совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов, поэтому разрушение или патологическое состояние любого из них неизбежно скажется на мнестической деятельности в целом. Нарушения памяти бывают самые разнообразные. Выделяют гипомнезию, гипермнезию, парамнезию и амнезию. Но характер этих нарушений будет зависеть от того, какое именно звено пострадает. Среди амнезий особую группу составляют амнезии, возникающие при локальных поражениях мозга. А. Р. Лурия выделил два типа нарушения памяти при локальных поражениях мозга — модально-специфические и модально-неспецифические.

Под модально-неспецифическими нарушениями памяти в нейропсихологии понимают такие патологические явления, которые проявляются во всех видах, формах и процессах памяти. Основным условием запечатления всех следов информации является сохранение оптимального тонуса коры больших полушарий, который связан с активностью ретикулярной формации. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который приводит к модально-неспецифическим нарушениям памяти (снижение продуктивности процессов запечатления, сохранения и воспроизведения информации). Но в зависимости от уровня поражения неспецифических структур, модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер:

- на уровне продолговатого мозга нарушения памяти проявляются в виде синдрома нарушения сознания, внимания, нарушения сна и бодрствования;
- на уровне гиппокампа наблюдаются нарушения кратковременной памяти, ее повышенная ранимость, подверженность следов влиянию интерференции. П. Милнер утверждает, что структуры гиппокампа обеспечивают общую способность запечатлевать следы текущего опыта. У больных с массивными поражениями этих структур наблюдается полная невозможность сохранить следы текущего опыта, что проявляется в синдроме грубой дезориентировки больного в месте, времени и происходящих с ним событиях. Он не может вспомнить, что было 15–20 минут назад.

Для всех модально-неспецифических нарушений памяти характерно то, что, во-первых, их можно выделить в любой сфере деятельности больного (забывание намерений, забывание выполненных действий и т. п.). Во-вторых, они одинаково проявляются как в элементарном, непреднамеренном запечатлении, так и в произвольной мнестической деятельности. И наконец при массивных поражениях данных структур возникают грубые нарушения сознания (симптомы растерянности и спутанности).

Модально-специфические нарушения памяти составляют второй тип мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга. Они возникают при поражении аппаратов второго и третьего функциональных блоков, связаны со стимулами определенной модальности и распространяются только на раздражители, которые адресуются лишь к одному анализатору. К этим патологиям относят нарушения зрительной памяти, слухоречевой, музыкальной, тактильной, двигательной. Они отличаются тем, что эти дефекты не бывают глобальными, никогда не вызывают нарушения расстройств сознания, носят характер распада мнестической основы отдельных модально-специфических операций.

В зависимости от локализации очага поражения можно выделить следующие модально-специфические нарушения памяти:

- при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария возникают нарушения слухоречевой памяти (акустико-мнестическая афазия), заключающиеся в невозможности удержать в памяти даже несколько слов. Следует отметить, что этот дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме, у больных нет расстройства фонематического слуха;
- при поражении теменно-затылочной области левого полушария возникает амнестическая афазия, проявляющаяся в невозможности удержать в памяти зрительные структуры, включающие пространственные отношения. У этих больных нарушаются зрительные представления объектов, но нет никаких гностических зрительных расстройств.

Нарушения движений и действий при локальных поражениях мозга

Афферентная организация движений обеспечивается постцентральными (кожно-кинестетическими) отделами коры, расположенными кзади от центральной извилины и состоящими из первичных и вторичных зон. Для первичных зон характерно мелкоклеточное строение (с преобладанием шестого афферентного слоя), соматотопическая организация (нижние конечности представлены в верхних отделах, верхние — в средних, а лицо, губы, язык — в нижних отделах первичных

зон теменной коры противоположного полушария) и функциональный принцип организации. При поражении первичных отделов постцентральной коры можно выделить:

- выпадение чувствительности в соответствующем сегменте тела;
- афферентный парез: больной не может производить тонкие дифференцированные движения, поскольку отсутствует кожно-кинестетическая афферентация движений;
- двигательные импульсы теряют дифференцированный характер и перестают доходить до нужной группы мышц, и движение не выполняется.

Вторичные отделы постцентральной коры надстроены над первичными, сохраняют модальную специфичность, но теряют соматотопическую организацию, их нейроны реагируют на более комплексные раздражители, более распространенные ощущения. При их поражении возникают различного рода апраксии. Под апраксиями понимают такие нарушения движений и действий, которые не сопровождаются частными элементарными двигательными расстройствами (в виде параличей и парезов), грубыми нарушениями мышечного тонуса. Это нарушения произвольных движений, совершаемых с предметами:

- отсутствуют грубые нарушения чувствительности, но страдают комплексные формы кожно-кинестетической чувствительности (невозможен синтез отдельных ощущений в целостную структуру);
- астериогноз (не узнает на ощупь предъявляемые предметы в контралатеральной руке);
- афферентная апраксия — нарушается непосредственная афферентная основа движений: рука, не получающая нужных афферентных сигналов, не может выполнить тонкие дифференцированные движения, не может адекватно приспособиться к характеру предмета (симптом «рука-лопата»);
- афферентная моторная афазия — если поражение распространяется на нижние отделы постцентральной коры, нарушается организация движений речевого аппарата: невозможно найти положение губ и языка, необходимые для артикуляции соответствующих звуков речи.

Постцентральные отделы коры оказывают модулирующее влияние на первичные проекционные зоны двигательной коры больших полушарий. Первичные зоны (моторная кора) расположены в пределах передней центральной извилины, состоят из гигантских пирамидных клеток Беца (пятый эфферентный слой), которые являются началом двигательного пирамидного пути и имеют соматотопическое строение.

Вторичные зоны (премоторная кора) обеспечивают превращение отдельных двигательных импульсов в последовательные «кинетические мелодии». В основе движения лежит цепь сменяющих друг друга импульсов. На начальной стадии эта цепь состоит из серии изолированных импульсов, но постепенно они объединяются в целые кинетические структуры или «кинетические мелодии» (одного импульса достаточно, чтобы вызвать целый динамический стереотип автоматически сменяющих друг друга звеньев — двигательный навык). Премоторная кора состоит из мелких пирамид, не имеет соматотопического строения, раздражение, как правило, распространяется на большие участки. При поражении нижних отделов премоторной коры возникает кинетическая апраксия, проявляющаяся в нарушении последовательной, временной организации двигательных актов. Нарушаются двигательные навыки (страдает плавный процесс смены иннервации и денервации мышц), возникает инертность двигательных стереотипов, отмечена персеверация движений.

Произвольные движения и действия — это целый набор двигательных актов, регулируемых различными уровнями (структурами) и управляемых разного рода афферентными импульсами и ведущими афферентациями. Рассматривая движения и действия как сложную функциональную систему, состоящую из нескольких компонентов, А. Р. Лурия описал структуры мозга, обеспечивающие выделенные компоненты:

1) Лобные отделы мозга — аппарат, обеспечивающий формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека. Они поддерживают и регулируют общий тонус коры больших полушарий, обеспечивают создание, сохранение, выполнение программы действий и контроль над ее протеканием. При поражении лобных долей, как правило, нет дефектов в исполнительном звене двигательного акта, но распадается программированная целенаправленная деятельность. Возникает регуляторная апраксия, проявляющаяся в том, что выполнение намеченной программы заменяется бесконтрольно всплывающими инертными стереотипами, больные не замечают своих ошибок, утрачивают контроль над результатами действий.

2) Третичные зоны второго блока мозга (зоны ТРО) участвуют в пространственной организации движений. При их поражении возникают нарушения в построении движений в пространстве — конструктивная апраксия (или пространственная апраксия). Больные не могут выполнить элементарные действия, требующие четких пространственных координат, но сохраняют сложные движения, не требующие таких координат (например, выстукивание ритма).

3) Постцентральные отделы коры больших полушарий мозга обеспечивают кинестетическую афферентацию движений. Только постоянное поступление кинестетических импульсов от двигательного аппарата обеспечивает сигналы о положении суставов и состоянии мышц, что приводит к четкой адресации эфферентных импульсов. При поражении возникают афферентный парез и афферентная апраксия.

4) Премоторные зоны коры больших полушарий обеспечивают организацию серии движений, денервацию уже выполненных звеньев двигательного акта, плавное переключение на последующие звенья.

5) Моторные зоны коры больших полушарий являются началом двигательного пирамидного пути и передают возбуждение к отдельным мышечным волокнам.

6) Стриопаллидарная система (подкорковые узлы) обеспечивает постоянное изменение тонуса мышц, регуляцию медленных плавных движений и поддержание позы.

7) Передние отделы мозолистого тела обеспечивают координацию движений обеих рук.

Таким образом, произвольные движения и действия человека представляют собой сложную функциональную систему, осуществляемую одновременной работой разных зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в построение движений. Поражение любой из этих зон приводит к нарушению нормальной организации двигательного акта.

Нарушения мышления при локальных поражениях мозга

А. Р. Лурия, описывая нейропсихологические синдромы поражения различных отделов левого полушария мозга (у правшей), выделяет несколько типов нарушения интеллектуальных процессов при поражении височных, теменно-затылочных, премоторных и префронтальных отделов мозга.

При поражении левой височной области нарушается звуковая структура речи, в то время как ее семантическая сторона остается сохранной. Поэтому у больных страдает способность выполнять последовательные вербальные операции, для осуществления которых необходима опора на речевые связи или их следы. Но, как указывает Е. Д. Хомская, у них сохраняется непосредственное понимание наглядно-образных и логических отношений. Они могут правильно оперировать пространственными отношениями элементов, выполнять арифметические операции (в письменном виде), решать задачи на поиск последовательности наглядно развертывающегося сюжета (серии сюжетных картин).

При поражении теменно-затылочных отделов мозга страдает комплексный синтез элементов в группе. В данном случае дефект

интеллектуальной деятельности связан с нарушением наглядно-образного мышления, требующего выполнения операций на пространственный анализ и синтез. У больных сохранно намерение выполнить ту или иную задачу, они могут составить план действий, но не могут выделить наглядные признаки и их пространственные отношения, например, в задачах на «конструктивный интеллект» (к примеру, кубики Кооса). В этих задачах элементы, на которые распадается модель, не соответствуют тем элементам, из которых может быть составлена конструкция. Кроме того, у больных нарушено выполнение арифметических действий из-за первичной акалькулии.

Поражение премоторных отделов левого полушария головного мозга приводит к изменению динамики мыслительного процесса. В основе лежит дефект внутренней речи: нарушен процесс «развертывания» речевого замысла и процесс «свертывания» речевых структур, необходимый для понимания смысла текста. В обоих случаях наблюдается изменение последовательности речевых процессов и, как следствие, нарушение динамики вербально-логического мышления, распад свернутых «умственных действий» (арифметических, вербальных и т. п.), патологическая инертность интеллектуальных актов. Но у таких больных сохранны пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения.

При поражении префронтальных отделов мозга расстройства интеллектуальной деятельности носят сложный характер. Во-первых, они возникают вследствие нарушения ее структуры: у больных выпадает стадия ориентировки в условиях задачи, они импульсивно начинают выполнять случайные действия, не сличая их с исходными целями. Во-вторых, нарушаются операции с понятиями и логическими отношениями, страдает избирательность семантических связей. В-третьих, для больных с поражением лобных долей головного мозга характерна общая интеллектуальная инактивность.

Как показали исследования нейронной активности при решении различных умственных задач, любая интеллектуальная деятельность сопровождается активацией различных корковых и подкорковых структур.

Нарушения эмоций при локальных поражениях мозга

Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина выделяют три структуры мозга, поражение которых связано с эмоциональными нарушениями: гипофизарно-таламическая, височная и лобная области мозга.

Поражения гипофизарно-гипоталамической области проявляются в постепенном обеднении эмоций, исчезновении выразительных средств (мимики) на фоне изменения психики в целом. Поражения

височной области мозга характеризуются устойчивыми депрессиями и яркими параксизмальными аффектами на фоне сохранных личностных свойств. Поражения лобных областей мозга приводят к обеднению эмоций, появлению «эмоционального безразличия», «эмоционального паралича» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного (некритичность, исчезновение чувства ответственности, нарушение системы отношений). В нейропсихологической литературе нарушения эмоций входят в описание различных нейропсихологических синдромов. Наиболее выраженные эмоционально-личностные изменения, как показал А. Р. Лурия с сотрудниками, возникают при массивных поражениях лобных долей мозга, сопровождающихся грубыми изменениями поведения. Большинство авторов при этом подчеркивают, что эмоциональные изменения зависят не только от локализации очага, но и от ряда других факторов: таких, как возраст больного, его исходные эмоционально-личностные особенности, характер патологического процесса, и др.

ГЛОССАРИЙ

Агнозия — неузнавание; связана с нарушением различных видов восприятия, возникающего при поражении вторичных (проекционно-ассоциативных) отделов коры головного мозга и ближайших подкорковых структур, входящих в состав анализаторных систем.

Амбивалентность — одновременное сосуществование противоположных чувств.

Амнезия — расстройство памяти, при котором нарушается способность запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

Анамнез — это получение совокупности сведений о жизни обследуемого, перенесенных им заболеваниях, начале и течении болезней, об условиях жизни, работе и лечении.

Ангедония — неспособность испытывать удовольствие от того, что доставляет его обычно, противоположность гедонизму.

Анестезия — потеря чувствительности при истерии.

Апатия — состояние эмоционального безразличия, равнодушия к самому себе или окружающей обстановке.

Астения (от греч. asthenos — бессилие, общая слабость) — состояние повышенной утомляемости с частой сменой настроения, раздражительной слабостью, истощаемостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Атарактическая мотивация — заключается в стремлении применения веществ с целью смягчения или устранения эмоционального дискомфорта.

Аутическое мышление — уход от реальности в мир собственных переживаний, отрыв от реальной действительности, погружение в мир воображения, фантастических переживаний.

Аффект — кратковременная сильная положительная или отрицательная эмоция, возникшая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями.

Беспокойство — чувство напряженного ожидания надвигающегося несчастья (бесфабульное, беспредметное).

Бессвязность — нарушение смысловой речи, синтаксического строя речи.

Бредовые идеи — суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не

поддающиеся коррекции (разубеждению), с отсутствием критического отношения к ним.

Булимия (от греч. bulimia — мучительный, неутолимый голод; волчий голод, полифагия, гиперорексия) — патологическое повышение потребности в пище, ненасытный аппетит, прожорливость, неутолимое чувство голода.

Вербальная парафазия — замена нужного слова другим, близким к нему по смыслу. Встречается чаще всего при акустико-мнестической афазии.

Вербигерации — своеобразные стереотипии в речи вплоть до бессмысленного нанизывания сходных по созвучию слов.

Галлюцинации (от лат. hallutinatio — вздор, ошибка) — чувственные яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов. Субъективно сопровождаются убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

Гипербулия — нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

Гипертимия — повышенное, радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете. Над всем господствует оптимизм.

Гиперестезия — повышенная чувствительность к действию на органы чувств физических стимулов, являющихся для них адекватными.

Гипобулия — нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

Гипостезия — понижение восприимчивости внешних раздражений, ослабление восприятия по силе; эти состояния чаще отмечаются при неврозах.

Делирий (от лат. delirium — безумие, бред) — характеризуется наплывом ярких представлений и непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. В результате чего возникает ложная ориентировка во времени и пространстве.

Деменция — приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувств, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта. Деменция может быть глобальной или очаговой, при которой наблюдаются частичные дефекты: снижаются сообразительность, память.

Депрессия — пониженное, мрачное настроение (тоска), сочетающееся с двигательной заторможенностью и замедлением ассоциативного процесса.

Дереализация — чувство призрачности окружающего, искаженное восприятие окружающего мира. Сюда же относятся симптомы «уже виденного» (déjà vu), «никогда не виденного» (jamais vu).

Дипсомания — периодически возникающее непреодолимое влечение к запоям.

Дисмегалопсия — расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Дисморфомания — это ложная убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства.

Диссоциальное расстройство личности — проявляется в грубом несоответствии между поведением и господствующими социальными нормами. Его характеризуют бессердечное отношение к чувствам других, грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения к социальным правилам и обязанностям, неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении, крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог агрессии, включая насилие, неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания; выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Дисфория — угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью. Наиболее характерна для психопатий, психоорганических расстройств, эпилепсии и хронического алкоголизма.

Диссоциация — нарушение связности психических процессов, внезапное преходящее нарушение интегрированных в норме функций сознания, идентичности и поведения, включающее психогенно обусловленные амнезию, фугу, раздвоение личности и деперсонализационное расстройство.

Импульсивные действия — внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки.

Интрапунитивное реагирование — обвинение себя во всех бедах, самоуничижение и оскорбление себя.

Каталепсия («симптом восковой гибкости») — застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени.

Кверулянт — постоянно жалующийся. Это человек с болезненным чувством справедливости, желающий «всех вывести на чистую

воду», добиться правды во всем (даже в мелочах), но применяющий при этом чрезмерные, неадекватные меры.

Клептомания — патологическое воровство. Одно из проявлений расстройств влечений, встречающееся при психопатиях и психопатоподобных состояниях шизофренического или органического генеза.

Конкретность мышления — расстройство мыслительной деятельности, при котором утрачивается способность к абстрагированию.

Конфабуляция — обман памяти, при котором провалы в памяти замещаются вымышленными, не имевшими места событиями.

Криптомнезия — расстройство памяти, при котором больной присваивает чужие мысли, действия себе.

Макропсия — расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) — психоз, проявляющийся как периодическая смена двух состояний: маниакальных — выраженной эйфории с ощущением безмерного счастья, радости, восторга, и депрессивных — выраженной тревоги и аффекта тоски.

Мания (маниакальный синдром) — повышенное, радостное настроение (эйфория), сочетающееся с двигательным возбуждением и ускорением ассоциативного процесса.

Ментизм или мантизм — возникающий помимо воли больного «наплыв мыслей», «вихрь идей», увеличение количества ассоциаций в единицу времени (наблюдается при шизофрении).

Микропсия — расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

Навязчивые идеи — непроизвольно возникающие неправильные мысли. Сопровождаются критичным к ним отношением, но невозможностью избавиться от них.

Нарушение критичности мышления — понятие критичности в психиатрии и в патопсихологии употребляется в двух разных значениях. Соответственно в первом случае имеется в виду отсутствие критического отношения к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям; во втором — неумение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

Нарушения динамики мышления — непоследовательность суждений, лабильность, отвлекаемость, инертность.

Негативизм — проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

Нозогнозия — понимание болезненности своего состояния.

Нозофобия — навязчивый страх заболеть какой-либо болезнью. Сопровождается соответствующими «профилактическими» мероприятиями: ношением защитных масок, резиновых перчаток, очков, частым мытьем рук, содержанием вещей в целлофановых пакетах и т. п.

Обстоятельность — расстройство мышления, при котором затрудняется образование новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих.

Онейроид — сновидное, грезоподобное состояние сознания.

Паралогическое мышление — отсутствие адекватной логики.

Параноидные (паранойяльные) расстройства личности —характеризуются чрезмерной подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей.

Паратимия — неадекватный аффект, количественно и качественно не соответствующий вызвавшей его причине.

Патологическая обстоятельность — склонность к чрезмерной, бессмысленной детализации

Патопсихология — наука, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности.

Персеверация — расстройство мышления, при котором значительно (максимально) затрудняется образование новых ассоциаций вследствие длительного доминирования одной мысли, представления.

Помрачение сознания — тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, заключающаяся в качественном изменении содержания сознания, в его «извращении».

Психастения (от греч. psyhe — душа, astheneia — физическая и психическая слабость, бессилие) — ананкастное, обсессивно-компульсивное, тревожное расстройство личности, синдром расстройств личности по психастеническому типу, выражается в крайней нерешительности, неуверенности в себе, мнительности.

Псевдореминисценция — нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется экмнезией — «жизнью в прошлом»).

Психопатии — расстройства личности, стойкие личностные дисгармонии, для которых характерна выраженность патологических свойств до степени нарушения адаптации.

Разноплановость мышления — расстройство, при котором суждения больных о каком-нибудь явлении протекают как бы в разных плоскостях. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов и установок.

Разорванность мышления — нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматического построения фразы.

Резонерство — склонность к бесплодному мудрствованию, тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям.

Сверхценные идеи — продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации и обладающее большим эмоциональным зарядом, занимает доминирующее положение во всей духовной жизни человека, определяет его деятельность и приводит к дезадаптации в социальной среде.

Символизм — в отличие от общепринятой системы символов, усматривание больными обычных символов там, где они не играют символической роли.

Синдром — строго формализованное описание закономерного сочетания симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определенными нозологическими формами.

Скачка идей — максимальное увеличение количества ассоциаций в единицу времени, постоянная смена мыслей, невозможность сосредоточения.

Соматоагнозия — расстройство узнавания частей собственного тела.

Соскальзывание — расстройство мышления (более «легкая» степень разорванности мышления).

Стереотипия — частое, ритмичное повторение одних и тех же движений.

Страх — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий, действий (страх проецируется вовне — страх острых предметов, животных и т. д.).

Сумеречное состояние сознания — расстройства личности (психопатии) и явные, т. е. выраженные акцентуации характера.

Сутяжничество — постоянная, болезненная, не достигающая степени бредового поведения борьба против мелких, чаще мнимых обид.

Тоска — тяжелое чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца (в отличие от тревоги сопровождается двигательной заторможенностью).

Тревога — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий (тревога чаще не проецируется вовне — тревога за свое здоровье, за работу, за правильное выполнение действий и т. д.).

Умственная отсталость — состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушениями способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

Ускоренное мышление — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Крайним проявлением данного расстройства является скачка идей.

Фрустрация (от лат. frustration — обман, расстройство, разрушение планов) — состояние краха и подавленности, связанное с переживанием неудачи при столкновении с препятствием (реально существующим или воспринимаемым как таковое) на пути к близкой перспективе.

Шизофрения — одно из наиболее распространенных психических расстройств. Больные отличаются эмоциональной тупостью, утратой дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватностью.

Шперрунг — «закупорка мыслей», «обрыв мыслей», внезапная остановка, перерыв ассоциативного процесса.

Эйфория — повышенное, беззаботное, неадекватно веселое настроение, состояние благодушия и беспечности, не соответствующее объективным обстоятельствам.

Эхолалия (эхопраксия) — повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии кем-либо другим.

Яктация — навязчивое, непроизвольное раскачивание головой или всем туловищем.

Ятрогения — изменение психического состояния вследствие непреднамеренного внушающего воздействия врача (медицинского работника) на пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абабков В. А.* Неврозы. — СПб., 2002.
2. *Архангельский А. Е.* Общая психопатология. — СПб., 2001.
3. *Астапов В. М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. — М.: Международная педагогическая академия, 1994.
4. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999.
5. *Визель Т. Г.* Основы нейропсихологии. — М.: АСТ, 2006.
6. *Гиндикин В. Я.* Соматогенные и соматоформные психические расстройства: справочник. — М., 2000.
7. *Демьянов Ю. Г.* Основы психопрофилактики и психотерапии. — СПб., 1999.
8. *Емельянова Е. В.* Кризис в созависимых отношениях: Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб., 2004.
9. *Ефремов В. С.* Основы суицидологии. — М., 2004.
10. *Зозуля Т. В.* Основы социальной и клинической психиатрии. — М., 2001.
11. Клиническая психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2011.
12. *Красило А. И.* Психологическое консультирование посттравматических состояний. — М., 2004.
13. *Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г.* Психосоматика. — СПб., 2007.
14. *Лакосина Н. Д., Сергеев И. И., Панкова О. Ф.* Клиническая психология. — М.: МЕДпресс, 2007.
15. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков.— Л., 2003.
16. *Лытаев С. А., Овчинников Б. В., Дьяконов И. Ф.* Основы классинической психологии и медицинской психодиагностики. — СПб.: ЭЛБИ, 2008.
17. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: Справочник практического психолога. — СПб., 2006.
18. *Марилов В. В.* Общая психопатология. — М., 2002.
19. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 2001.
20. *Меновщиков В. Ю.* Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. — М., 2005.

21. *Нагаев В. В., Жолковская Л. А.* Основы клинической психологии. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2007.
22. *Пахальян В. Э.* Психологическое консультирование. — СПб., 2006.
23. *Пергаменщик Л. А.* Кризисная психология. — Минск, 2004.
24. *Перре М., Бауман У.* Клиническая психология. — СПб.: Питер, 2003.
25. *Погодин И. А.* Психология суицидального поведения. — СПб., 2010.
26. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М., 2000.
27. *Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И.* Основы клинической психологии. — Р-н/Д.: Феникс, 2003.
28. *Ромек В. Г., Канторович В. А., Крукович Е. И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. — СПб.: Речь, 2005.
29. *Сельчёнок К.* Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия. — Минск, 1999.
30. *Сидоров П. И., Парняков А. В.* Введение в клиническую психологию: Т. I.: учебник для студентов медицинских вузов. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
31. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия. — М., 2005.
32. Травма и психологическая помощь / Под ред. Д. А. Леонтьев, А. Н. Моховиков. — М., 2007.
33. *Франц Александер.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С. Могилевского. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
34. *Худик В. А.* Детская патопсихология. — Киев, Здоров'я, 1997.
35. Человек в экстремальных и трудных ситуациях: руководство для психологов / Под ред. О. В. Красновой. — М., 2004.

Кулганов Владимир Александрович,
Белов Василий Георгиевич,
Парфёнов Юрий Александрович

ПРИКЛАДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Адрес редакции:
199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В. О., д. 13-а, к. 207